



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Avaliação do Risco Nutricional e Intervenções de Enfermagem

“Somos o que comemos”

Joana Maria Rodrigues Alexandrino

MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Nome da Professora Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Leiria, abril 2026



Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, Professora Coordenadora e Subdiretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

PENSAMENTO

“A enfermagem é um compromisso com a vida, no qual o conhecimento científico se alia à responsabilidade ética de promover o bem-estar e preservar a dignidade humana em todas as circunstâncias.”

Virginia Henderson

AGRADECIMENTOS

Há caminhos que se percorrem com os pés e outros com o coração. Este foi, sem dúvida, um percurso feito de ambos, de passos firmes e tantas vezes hesitantes, de dias exigentes, de noites silenciosas e de uma vontade persistente de continuar, mesmo quando o cansaço se fazia sentir.

A realização deste trabalho insere-se num percurso exigente de formação e prática, marcado pelo desenvolvimento de competências, pela capacidade de enfrentar desafios e pela consolidação de uma identidade profissional.

Posto isto, gostaria de agradecer à Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, pelo ambiente de excelência, exigência e construção de conhecimento. Aos Professores, pelo rigor científico, pela dedicação e pelo acompanhamento constante, fundamentais para o desenvolvimento das minhas competências.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, professora orientadora deste trabalho, pela partilha de conhecimento, pela exigência rigorosa, pela disponibilidade constante e pela forma como acompanhou cada etapa deste percurso com profissionalismo, sensibilidade e confiança. O seu contributo foi determinante para a concretização deste relatório.

À Enfermeira Gestora do meu serviço, Unidade de Cuidados Intensivos da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, Arminda Maria Mateus Pinto, pelo exemplo de liderança, competência e humanismo, que constituíram uma referência importante no meu percurso profissional e pessoal.

Aos enfermeiros orientadores e a todos os profissionais dos diferentes contextos de estágio, pelo acolhimento, pela disponibilidade genuína para ensinar, pela partilha de experiências e saberes e pelo contributo essencial no desenvolvimento das minhas competências clínicas e humanas. Cada experiência vivida, cada ensinamento e cada desafio superado contribuíram para a construção da profissional que sou hoje.

Aos colegas de mestrado, pela entajada, pela cooperação, pelas horas de partilha, pelo apoio nos momentos mais difíceis e pela amizade construída ao longo deste percurso. Tornaram esta caminhada mais leve, mais rica e profundamente mais humana.

À minha família, pelo apoio incondicional, ao meu marido, pelo amor sereno e pela presença firme em todas as etapas deste caminho e aos meus filhos, por serem a minha maior motivação, a razão mais profunda de cada esforço. A todos os que estiveram presentes, com um gesto, uma palavra ou um simples “vai correr bem”, o meu sincero obrigada.

Que seja apenas o início de novos caminhos.

RESUMO

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica constitui um domínio de elevada complexidade clínica, científica e ética, exigindo do enfermeiro especialista o desenvolvimento de competências avançadas sustentadas na integração entre conhecimento científico, experiência clínica, reflexão crítica e tomada de decisão fundamentada. O presente trabalho insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo como objetivo central analisar, de forma reflexiva e sistematizada, o percurso de desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista ao longo dos diferentes contextos de prática clínica, designadamente no Serviço de Urgência Geral, na Unidade de Cuidados Intensivos e no contexto de emergência extra-hospitalar.

A análise desenvolvida assenta numa abordagem crítico-reflexiva das experiências clínicas vivenciadas, articulando-as com referenciais teóricos da disciplina de enfermagem, enquadramento regulamentar da profissão e evidência científica recente. Este percurso formativo permitiu consolidar competências relacionadas com a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como competências específicas inerentes à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, incluindo a gestão de situações de emergência, exceção e catástrofe, a promoção da segurança clínica e a prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos.

O estudo de investigação, que integra a Parte II, tem como objetivo avaliar o impacto de uma intervenção formativa dirigida aos enfermeiros, na melhoria do registo e aplicação da escala *Nutritional Risk Screening* 2002 (NRS 2002), bem como na definição e implementação de intervenções de enfermagem adequadas, nomeadamente vigilância da ingestão alimentar, monitorização do peso, registo do balanço hídrico por turno e articulação com a equipa médica e nutricionista. Assim, realizou-se um estudo de melhoria contínua da qualidade, de natureza investigação-ação desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios. Participaram 32 enfermeiros e 23 doentes. A recolha de dados incidiu nas práticas e perceções da equipa de enfermagem e nos indicadores clínicos e nutricionais dos doentes. A intervenção incluiu formação em serviço, uniformização da aplicação da NRS 2002 no sistema BSimple e definição de orientações para o registo e monitorização nutricional. Observou-se e que 84,4% dos enfermeiros não possuíam formação específica em avaliação nutricional, 71,9% não realizavam rastreio nutricional na admissão e 46,9% recorriam predominantemente à avaliação clínica subjetiva. Nos doentes, identificaram-se indicadores de risco nutricional, nomeadamente índice de massa corporal inferior a 20,5 em 21,7%, perda de peso recente em 30,4% e redução da ingestão alimentar em 47,8%. O estudo evidenciou lacunas nas práticas de avaliação nutricional e reforçou a pertinência da implementação estruturada da NRS 2002 como estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A reflexão global evidencia que o desenvolvimento de competências especializadas não se circunscreve à aquisição de destreza técnica, implicando a construção de um pensamento clínico estruturado, a capacidade de antecipação de complicações, a liderança em contextos complexos e a promoção de uma prática centrada na pessoa e na sua família. Conclui-se que o processo de especialização em enfermagem constitui um percurso transformador, que potencia a autonomia profissional, a capacidade de decisão em contextos de elevada incerteza e a consolidação de uma prática fundamentada na evidência, contribuindo de forma significativa para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica; Enfermagem médico-cirúrgica; Competências do enfermeiro especialista; Qualidade dos cuidados; Risco nutricional; Segurança clínica.

ABSTRACT

Care for critically ill patients represents a highly complex clinical, scientific and ethical domain, requiring specialist nurses to develop advanced competencies grounded in the integration of scientific knowledge, clinical experience, critical reflection and evidence-based decision-making. This work was developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in Critical Care Nursing, and aims to analyse, through a reflective and systematic perspective, the development of both common and specific competencies of the specialist nurse across different clinical practice settings, namely the Emergency Department, the Intensive Care Unit and the pre-hospital emergency context.

The analysis is based on a critical reflection of clinical experiences, articulated with nursing theoretical frameworks, professional regulatory standards and recent scientific evidence. This educational pathway enabled the consolidation of competencies related to professional, ethical and legal responsibility, continuous quality improvement, care management and professional learning development, as well as specific competencies inherent to the care of critically ill patients, including the management of emergency, exceptional and disaster situations, the promotion of clinical safety and the prevention and control of infection and antimicrobial resistance.

The research study, presented in Part II, aims to evaluate the impact of an educational intervention directed at nurses on improving the documentation and application of the *Nutritional Risk Screening* 2002 (NRS 2002) scale, as well as on the definition and implementation of appropriate nursing interventions, namely monitoring food intake, weight surveillance, recording fluid balance per shift, and coordinating with the medical team and the nutritionist. To this end, a continuous quality improvement study, based on an action research approach, was conducted in an Intensive and Intermediate Care Unit. A total of 32 nurses and 23 patients participated in the study. Data collection focused on the nursing team's practices and perceptions, as well as on the patients' clinical and nutritional indicators. The intervention included in-service training, standardization of the application of the NRS 2002 within the BSimple system, and the establishment of guidelines for nutritional documentation and monitoring. The findings revealed that 84.4% of nurses had no specific training in nutritional assessment, 71.9% did not perform nutritional screening upon admission, and 46.9% relied predominantly on subjective clinical assessment. Among patients, several indicators of nutritional risk were identified, including a body mass index below 20.5 in 21.7%, recent weight loss in 30.4%, and reduced food intake in 47.8%. The study highlighted significant gaps in nutritional assessment practices and reinforced the relevance of the structured implementation of the NRS 2002 as a strategy for improving the quality of nursing care.

The overall reflection demonstrates that the development of specialized competencies extends beyond technical proficiency, requiring structured clinical reasoning, anticipation of complications, leadership in complex environments and the promotion of person-centred and family-focused care. It is concluded that the specialization process in nursing represents a transformative pathway that enhances professional autonomy, decision-making capacity in high-uncertainty contexts and the consolidation of evidence-based practice, significantly contributing to the quality, safety and humanization of care provided to critically ill patients.

Keywords: Critically ill patient; Medical-surgical nursing; Specialist nurse competencies; Quality of care; Nutritional risk; Patient safety.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

APA – *American Psychological Association*

ASPEN – *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CIOMS – *Council for International Organizations of Medical Sciences*

CODU – Centros de Orientação de Doentes Urgentes

CONUT – *Controlling Nutritional Status*

CPOT – *Critical-Care Pain Observation Tool*

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

ESPEN – *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*

ESSLei – Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

et al. – e outros

GLIM – *Global Leadership Initiative on Malnutrition*

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IC – Intervalo de Confiança

IMC – Índice de Massa Corporal

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MNA-SF – *Mini Nutritional Assessment – Short Form*

n – frequência

NRS 2002 – *Nutritional Risk Screening 2002*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p – valor de significância

p. – página

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

START – *Simple Triage and Rapid Treatment*

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSCB – Unidade Local de Saúde da Cova da Beira

VM – Ventilação Mecânica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS	11
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	12
1.1. Serviço de Urgência Geral.....	12
1.2. Unidade de Cuidados Intensivos.....	13
1.3. Contexto Extra-Hospitalar: Instituto Nacional de Emergência Médica.....	14
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	15
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	15
2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e legal	15
2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade	17
2.1.3. Gestão dos Cuidados	20
2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	22
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	24
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	25
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	28
2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	31
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	34
3. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/AÇÃO	35
ARTIGO ORIGINAL.....	35
4. CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

ANEXOS

ANEXO I - *NUTRITIONAL RISK SREENING* (NRS 2002)

ANEXO II – CERTIFICADO DE COMISSÃO ORGANIZADORA NAS “JORNADAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE E EXCEÇÃO”, DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

ANEXO III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO V – CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO - ENFERMEIROS

ANEXO VI – CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO - DOENTES

APÊNDICES

APÊNDICE I – APRESENTAÇÃO DE TRABALHO “A PRÁTICA SIMULADA E O *DEBRIEFING* NA MELHORIA DO DESEMPENHO DE EQUIPAS”

APÊNDICE II – GUIÃO DE ENTREVISTA - DOENTES

APÊNDICE III - QUESTIONÁRIO ENFERMEIROS

APÊNDICE IV - APRESENTAÇÃO DADOS/RESULTADOS

APÊNDICE V - FORMAÇÃO ESCALA NRS 2002

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das respostas da amostra quanto ao conhecimento e formação dos enfermeiros sobre ferramentas de avaliação nutricional	40
Tabela 2 - Distribuição das respostas da amostra quanto às práticas de avaliação nutricional pelos enfermeiros	41
Tabela 3 - Distribuição das respostas da amostra quanto à sua opinião quanto às barreiras sobre a implementação de um protocolo de avaliação e implementação de intervenções de enfermagem de acordo com o tipo de risco nutricional em doentes em situação crítica.....	43
Tabela 4 - Distribuição das respostas da amostra quanto à sua opinião quanto aos facilitadores sobre a implementação de um protocolo de avaliação e implementação de intervenções de enfermagem de acordo com o tipo de risco nutricional em doentes em situação crítica.....	43
Tabela 5 - Distribuição das respostas da amostra quanto ao impacto da intervenção precoce baseada no risco nutricional.....	44
Tabela 6 - Distribuição das respostas quanto à avaliação nutricional e hábitos alimentares dos doentes	45
Tabela 7 - Distribuição das respostas quanto à perceção do estado nutricional atual dos doentes	46
Tabela 8 - Distribuição das respostas da amostra quanto à satisfação com cuidados e comunicação.....	47

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) constitui um domínio altamente especializado da prática clínica, caracterizado por elevada complexidade assistencial, instabilidade fisiológica potencial ou instalada e necessidade de tomada de decisão clínica em tempo útil. A PSC requer vigilância contínua, capacidade de priorização de intervenções e implementação de estratégias terapêuticas diferenciadas, frequentemente em contextos de elevada imprevisibilidade e pressão assistencial. Neste cenário, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume um papel determinante na avaliação clínica avançada, na monitorização da evolução do estado de saúde e na implementação de intervenções baseadas na evidência científica, contribuindo para a segurança da pessoa, para a melhoria dos resultados em saúde e para a qualidade global dos cuidados prestados (Amorim et al., 2025; European Resuscitation Council, 2021).

A formação especializada em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC exige a articulação entre conhecimento científico, raciocínio clínico e experiência prática. Os ensinamentos clínicos supervisionados constituem, neste contexto, momentos fundamentais de aprendizagem, permitindo ao estudante desenvolver competências técnicas, científicas, ético-deontológicas e relacionais indispensáveis ao exercício profissional diferenciado. A vivência de situações clínicas reais favorece o desenvolvimento progressivo da autonomia, da capacidade de decisão e do pensamento crítico, aspetos considerados essenciais para uma prática de enfermagem segura e baseada na evidência (Silva & Gonçalves, 2021).

O presente relatório final de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II, integrada no 3.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria (ESSLei). O percurso formativo incluiu três contextos distintos de prática clínica, desenvolvidos ao longo de diferentes momentos do mestrado, nomeadamente no Serviço de Urgência Geral (SUG) e na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) da Unidade Local de Saúde (ULS) da Cova da Beira, bem como no contexto extra-hospitalar do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mais especificamente na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da Covilhã e na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Avelar.

Estes contextos representam diferentes momentos do continuum assistencial da PSC, desde a intervenção precoce no local da ocorrência até ao tratamento intensivo hospitalar altamente diferenciado. No contexto extra-hospitalar, a resposta rápida e estruturada às situações de emergência assume particular relevância na cadeia de sobrevivência, sendo determinante para o prognóstico da vítima em patologias tempo-dependentes, como a paragem cardiorrespiratória, o enfarte agudo do miocárdio ou o trauma grave (American Heart Association, 2023; European Resuscitation Council, 2021). Em ambiente hospitalar, nomeadamente nos serviços de urgência e nas unidades de cuidados intensivos, a abordagem à PSC exige monitorização contínua, articulação multidisciplinar e capacidade de implementação de intervenções terapêuticas complexas, orientadas para a estabilização clínica e recuperação funcional.

O desenvolvimento de competências clínicas neste domínio pode ser compreendido à luz do modelo de aquisição de competências proposto por Patricia Benner, segundo o qual o conhecimento profissional evolui progressivamente através da integração entre conhecimento teórico e experiência prática. De acordo com este modelo, o profissional desenvolve a capacidade de reconhecer padrões clínicos, antecipar complicações e adaptar a intervenção às especificidades de cada situação, evoluindo gradualmente de uma prática baseada em regras para uma prática intuitiva e contextualizada (Benner et al., 2021). Esta evolução evidencia que o

saber profissional em enfermagem não se limita à execução técnica de procedimentos, mas traduz-se numa prática reflexiva e fundamentada, capaz de responder às necessidades complexas da pessoa e da família.

A realização dos estágios clínicos no âmbito da formação especializada constitui, assim, um processo formativo de elevada relevância, permitindo a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências avançadas na abordagem à PSC. Estes momentos de aprendizagem possibilitam a mobilização integrada de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, contribuindo para a construção da identidade profissional e para a prestação de cuidados seguros, humanizados e baseados na evidência (Amorim et al., 2025).

Neste contexto, o presente relatório assume natureza descritiva e reflexiva, tendo como objetivo analisar criticamente o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC), com base nas experiências vivenciadas ao longo dos diferentes contextos de estágio. Pretende-se, igualmente, relacionar a prática clínica observada com os referenciais teóricos e com o enquadramento regulamentar da profissão, valorizando a importância da prática baseada na evidência, da segurança do doente e da articulação interdisciplinar na prestação de cuidados à PSC.

Do ponto de vista metodológico, a elaboração do relatório baseou-se na observação direta da prática clínica, na participação supervisionada em atividades assistenciais, na interação com a equipa multidisciplinar e na análise crítica de situações clínicas significativas. A reflexão desenvolvida foi sustentada por revisão de literatura científica recente, bem como pela consulta de normas institucionais, protocolos clínicos e recomendações internacionais relevantes para a abordagem à PSC.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes, diferentes na sua natureza, mas complementares. Após a presente introdução, na Parte I procede-se à caracterização dos contextos de cuidados onde decorreram os estágios clínicos, nomeadamente o SUG, a UCI e o contexto extra-hospitalar do INEM. Seguidamente, apresenta-se a reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, integrando experiências clínicas relevantes observadas ao longo do percurso formativo. A parte II é reservada para o estudo de investigação, cujo objetivo principal consiste em avaliar o impacto de uma intervenção formativa dirigida aos enfermeiros, na melhoria do registo e aplicação da escala NRS 2002, bem como na definição e implementação de intervenções de enfermagem adequadas, nomeadamente vigilância da ingestão alimentar, monitorização do peso, registo do balanço hídrico por turno e articulação com a equipa médica e nutricionista. De realçar que, nesta parte, as regras de apresentação diferem da primeira parte, uma vez que o estudo é apresentado segundo as normas da na Revista *Millenium*. Por fim, são apresentadas as conclusões do trabalho, seguidas das respetivas referências bibliográficas elaboradas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA, 7.ª edição).

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

A prestação de cuidados à PSC ocorre em diferentes níveis do sistema de saúde e compreende contextos assistenciais com graus distintos de complexidade clínica e organizacional. A compreensão da estrutura, organização e funcionamento destes contextos constitui um elemento essencial para o desenvolvimento da prática especializada em Enfermagem, uma vez que possibilita compreender a articulação entre os diferentes níveis de cuidados e a eficácia da intervenção precoce e diferenciada no prognóstico das pessoas (Silva & Carvalho, 2022). Os estágios realizados no âmbito da formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC decorreram em três contextos assistenciais complementares: o SUG e a UCI de uma ULS da região da Beira Interior, bem como o contexto extra-hospitalar integrado no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), através da atuação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Estes contextos representam diferentes momentos da prática clínica da PSC, desde a intervenção precoce no local da ocorrência até ao tratamento hospitalar altamente diferenciado, exigindo competências clínicas avançadas e articulação multidisciplinar.

1.1. Serviço de Urgência Geral

O EC decorreu num SUG integrado numa ULS da Região Centro, entidade do Serviço Nacional de Saúde resultante da integração do antigo Centro Hospitalar com o Agrupamento de Centros de Saúde da região. Esta reorganização institucional insere-se na estratégia nacional de integração de cuidados de saúde, que visa promover maior articulação entre os cuidados hospitalares, os cuidados de saúde primários, cuidados continuados e saúde pública, contribuindo para respostas mais eficientes e centradas nas necessidades da população (Ministério da Saúde, 2023). A sua área de influência abrange vários concelhos e serve uma população aproximada de 90 mil habitantes. A instituição integra dois hospitais, bem como diversas unidades de cuidados de saúde primários distribuídas pela região. Para além da vertente no âmbito dos cuidados de saúde, a ULS apresenta uma forte ligação ao ensino e à investigação científica, desenvolvida em estreita colaboração com a Universidade local, um espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências clínicas, formação avançada e produção de conhecimento na área da saúde.

O SUG constitui uma unidade organizacional de elevada complexidade, responsável pela receção, avaliação, diagnóstico e tratamento de pessoas que apresentam doença súbita ou agravamento agudo de patologias existentes. Integrado na Rede Nacional de Serviços de Urgência com nível médico-cirúrgico, este serviço assume um papel fundamental na resposta hospitalar a situações urgentes e emergentes, bem como garante o atendimento permanente durante vinte e quatro horas por dia (Administração Central do Sistema de Saúde, 2021). Caracterizado por um ambiente clínico dinâmico e imprevisível, o SUG integra uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e profissionais de apoio, que trabalham de forma articulada para assegurar cuidados seguros e eficazes. A organização funcional do serviço inclui diferentes áreas funcionais, designadamente triagem, sala de reanimação, áreas de observação clínica e setores especializados, o que viabiliza a adequação da resposta de cuidados às necessidades específicas de cada pessoa.

A articulação entre os diferentes setores e profissionais constitui um elemento fulcral para o funcionamento eficiente do serviço e possibilita a gestão adequada dos recursos e a priorização das intervenções clínicas. Neste contexto, o conhecimento da estrutura organizacional e funcional do serviço assume particular relevância para a integração dos profissionais e para a prestação de cuidados de qualidade, um meio por excelência para compreender a dinâmica operacional e os fluxos de atuação clínica. O SUG articula-se com o Instituto Nacional de Emergência Médica através da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER),

assegurando a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situação de emergência. Esta articulação reforça a continuidade de cuidados entre o contexto pré-hospitalar e o hospitalar, para melhorar os resultados clínicos em situações de elevada gravidade.

Torna-se importante conhecer a estrutura humana de um serviço, na medida em que conhecendo todos os elementos, se torna possível o estabelecimento de relações inter e intrapessoais, através de uma comunicação pessoal. O SUG necessita de uma vasta equipa multidisciplinar, sendo importante a sua gestão para a formação de um trabalho satisfatório, quer para a pessoa, quer para a instituição. Para o funcionamento do SUG existe um conjunto de recursos humanos de diferentes setores profissionais. As categorias profissionais que compõem a equipa multidisciplinar são: Médicos, Enfermeiros (1 Enfermeiro Gestor, 17 enfermeiros especialistas, entre os quais 14 são Enfermeiros em EMC, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e 27 Enfermeiros Generalistas), Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, TAS e Técnicos Administrativos. Quanto à Equipa de Enfermagem, recomenda-se que 50% da equipa sejam Enfermeiros Especialistas em EMC, o que não se verifica (OE, 2019). As dotações seguras no SUG em Portugal são regulamentadas pela OE (2019), que estabelece normas para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados. O cálculo das dotações seguras considera fatores como a complexidade dos cuidados, o número de doentes e as competências dos Enfermeiros. O Regulamento n.º 743/2019 é uma referência importante, pois define critérios técnicos para a adequação dos recursos humanos às necessidades dos serviços de saúde.

1.2. Unidade de Cuidados Intensivos

A UCI integra o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e caracteriza-se por ser um serviço altamente diferenciado destinado à prestação de cuidados especializados a pessoas em estado crítico ou em pós-operatório de elevado risco. A missão desta unidade consiste na vigilância intensiva, monitorização contínua e implementação de terapêutica avançada, com o objetivo de estabilizar funções vitais e promover a recuperação clínica (Valente et al., 2022). A admissão na unidade obedece a critérios clínicos rigorosos, que consideram a gravidade da situação clínica, o prognóstico e o potencial de recuperação da pessoa. A decisão é tomada pela equipa médica intensivista em articulação com a equipa de enfermagem, assegurando uma utilização adequada dos recursos disponíveis.

Após um processo de expansão e remodelação concluído há cerca de quatro anos, a capacidade da unidade foi ampliada de oito para quinze camas, distribuídas por duas áreas funcionais. A UCI 1 dispõe de oito camas destinadas a doentes críticos que necessitam de cuidados intensivos, enquanto a UCI 2 integra sete camas, predominantemente, para doentes de nível intermédio. Esta reorganização permitiu aumentar a capacidade dos cuidados prestados da unidade e melhorar a funcionalidade dos espaços, garantindo maior adequação às necessidades dos doentes críticos.

A unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar altamente qualificada, formada por médicos intensivistas, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e outros profissionais, assegurando uma resposta integrada às necessidades dos doentes críticos. No que diz respeito à equipa de enfermagem da UCI (incluindo a UCI 1 e UCI 2), esta é constituída por 42 enfermeiros, entre os quais uma enfermeira gestora, 17 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 5 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Esta diferenciação de competências confere à unidade uma elevada capacidade de resposta às exigências clínicas complexas inerentes ao contexto de cuidados intensivos. Neste contexto, assume particular relevância o cumprimento das dotações seguras em enfermagem, enquanto condição *sine qua non* para garantir a

qualidade e a segurança dos cuidados prestados. De acordo com a OE (2019), a adequação do número de enfermeiros ao grau de dependência e complexidade dos doentes é determinante para assegurar vigilância contínua, prevenir complicações e promover intervenções atempadas, contribuindo para ganhos em saúde e para a segurança do doente. Tendo em consideração a especificidade dos cuidados intensivos, o rácio enfermeiro/doente tende a aproximar-se de 1:1 ou, em alguns contextos, 1:2, de acordo com o grau de dependência dos mesmos. Este rácio está em conformidade com as recomendações da OE (2019), que preconizam dotações seguras ajustadas à complexidade dos cuidados.

A organização do trabalho assenta no método individual de prestação de cuidados, no qual cada enfermeiro assume a responsabilidade global pelo acompanhamento da pessoa durante o seu turno. Este modelo favorece uma relação terapêutica mais próxima e personalizada, permite uma monitorização contínua da evolução clínica e uma resposta mais adequada às necessidades da pessoa e da família. Esta abordagem encontra suporte na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que destaca a importância do acompanhamento individualizado durante os processos de transição associados ao binómio saúde/doença, hospitalização/vulnerabilidade clínica (Meleis, 2001).

Do ponto de vista tecnológico, a UCI encontra-se equipada com sistemas avançados de monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, ventiladores mecânicos de última geração, sistemas de terapêutica de substituição renal contínua e bombas infusoras programáveis, garantindo vigilância contínua e suporte avançado de funções vitais. Para além da atividade no âmbito dos cuidados de saúde, a unidade desempenha um papel relevante na formação de estudantes e profissionais de saúde, um grande contributo para a atualização científica e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

1.3. Contexto Extra-Hospitalar: Instituto Nacional de Emergência Médica

O INEM constitui a entidade responsável pela coordenação da resposta médica extra-hospitalar em Portugal, integrando o SIEM. A sua atuação centra-se na avaliação inicial, estabilização e encaminhamento da pessoa em situação urgente ou emergente, assegurando a continuidade de cuidados desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar mais adequada (INEM, 2023).

O acesso ao sistema é efetuado através do número europeu de emergência 112, sendo as chamadas encaminhadas para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), onde é realizada triagem clínica estruturada e seleção dos meios de socorro adequados. Este modelo de funcionamento exige comunicação estruturada, capacidade de síntese clínica e tomada de decisão partilhada entre as equipas no terreno e o médico regulador.

Entre os meios operacionais do INEM destacam-se as VMER e as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV). A VMER da Covilhã encontra-se sediada na ULS da Cova da Beira e assegura cobertura da região da Covilhã e Fundão. A equipa é constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica em emergência pré-hospitalar, sendo ativada para situações de elevada gravidade clínica, como paragem cardiorrespiratória, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou trauma grave.

A tipologia das ocorrências e as características geográficas da região implicam frequentemente tempos prolongados de transporte até à unidade hospitalar, exigindo intervenções avançadas no local da ocorrência e durante o transporte da vítima. Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel central na avaliação clínica inicial, monitorização contínua e implementação de intervenções de suporte avançado de vida.

A ambulância de SIV de Avelar constitui outro meio diferenciado do SIEM, composto por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar. Este meio é frequentemente o primeiro recurso diferenciado a chegar

ao local da ocorrência, assumindo o enfermeiro a responsabilidade pela avaliação clínica inicial e pela implementação de intervenções terapêuticas até à chegada de meios medicalizados ou admissão hospitalar.

A intervenção em contexto extra-hospitalar caracteriza-se pela atuação em ambientes frequentemente não controlados, com informação clínica limitada e necessidade de tomada de decisão rápida perante situações potencialmente fatais. Assim, a prática clínica exige elevada autonomia profissional, capacidade de adaptação e utilização criteriosa da evidência científica na abordagem à PSC (Santos et al., 2022).

Pelo exposto, os diferentes contextos de atuação prática, intra-hospitalar e extra-hospitalar, apresentam características organizacionais e assistenciais distintas, mas complementares. A articulação entre estes níveis de cuidados constitui um elemento fundamental para garantir uma resposta integrada e eficaz à PSC, o que reforça a importância do desenvolvimento de competências especializadas por parte dos enfermeiros.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro Especialista correspondem ao conjunto de competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade. Traduzem-se numa elevada capacidade de conceção, gestão, supervisão e fundamentação da prática clínica, bem como num suporte efetivo ao exercício profissional especializado nos domínios da formação, investigação e assessoria. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, estas competências organizam-se em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

No contexto da Enfermagem à PSC, estas competências adquirem especial importância, devido à complexidade das situações clínicas, à necessidade de decisões em tempo oportuno e à exigência de cuidados seguros, diferenciados e cientificamente fundamentados. Apresenta-se, de seguida, uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento destas competências ao longo dos três contextos de estágio realizados — SUG, UCI e contexto extra-hospitalar —, demonstrando de que forma cada experiência contribuiu para desenvolver uma prática especializada, ética, segura, reflexiva e centrada na pessoa e na família.

2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e legal

A competência comum de responsabilidade profissional, ética e legal constitui um eixo estruturante da prática do enfermeiro especialista, particularmente em contextos de elevada complexidade clínica e de decisão em tempo útil, como o SUG, a UCI e o contexto extra-hospitalar. Nestes cenários, a prestação de cuidados exige não apenas domínio técnico-científico, mas também capacidade de integrar princípios éticos, enquadramento legal, responsabilidade deontológica e julgamento clínico, assegurando que cada intervenção respeita a dignidade, os direitos, a segurança e a autonomia da pessoa em situação crítica e da sua família. O Código de Ética do International Council of Nurses reforça precisamente que a prática de enfermagem deve ser permanentemente orientada por valores como o respeito pela pessoa, a confidencialidade, a justiça, a responsabilidade profissional e a defesa de cuidados seguros e humanizados em todos os contextos de prestação de cuidados (International Council of Nurses [ICN], 2021).

No SUG, esta competência revelou-se particularmente evidente na necessidade de conciliar rapidez de resposta, segurança clínica e respeito pela privacidade e intimidade da pessoa. A elevada afluência, a limitação

física de alguns espaços e a natureza frequentemente aberta e dinâmica do serviço aumentam o risco de exposição indevida do corpo, da informação clínica e da própria vulnerabilidade da pessoa. Neste contexto, a responsabilidade ética do enfermeiro especialista expressa-se em pequenas e grandes decisões: limitar a exposição corporal ao estritamente necessário, utilizar barreiras físicas sempre que possível, ajustar a comunicação ao contexto ambiental e assegurar que a transmissão de informação clínica ocorre apenas entre intervenientes diretamente envolvidos no processo assistencial. A evidência recente em segurança do doente (Nacu et al., 2025; Nitro et al., 2021) reforça que a proteção da identidade e da correta identificação da pessoa não constitui só uma exigência administrativa, mas uma dimensão central da prática ética e legalmente segura, diretamente relacionada com a prevenção de erros e com a continuidade de cuidados.

Na UCI, a responsabilidade profissional, ética e legal assumiu particular complexidade no contacto com famílias em sofrimento, frequentemente confrontadas com incerteza prognóstica, decisões difíceis e necessidade de esclarecimento. Verificou-se que a comunicação com familiares de pessoas em estado crítico não pode ser reduzida à mera transmissão de informação; trata-se de uma intervenção terapêutica em si mesma, que exige clareza, empatia, escuta ativa, adequação ao nível de compreensão e respeito pelos limites legais do exercício profissional. A evidência científica destaca ainda o impacto emocional significativo nos familiares, incluindo níveis elevados de ansiedade, stresse e risco de desenvolvimento de síndrome pós-cuidados intensivos, particularmente quando existem dificuldades na comunicação (de León Oliva et al., 2025; Lebel & Charette, 2021). Assim, é reforçada a necessidade de estratégias estruturadas de comunicação e de abordagens centradas na família, enquanto elementos fundamentais para melhorar a compreensão da informação, promover a confiança na equipa de saúde e sustentar processos de decisão partilhada mais informados e eticamente fundamentados (de León Oliva et al., 2025; Lebel & Charette, 2021). Do mesmo modo, estudos desenvolvidos em contexto de UCI (Ndile et al., 2025; Tadros et al., 2025) sublinham a relevância das práticas comunicacionais eficazes entre a diáde enfermeiro/família, designadamente, a disponibilidade para esclarecer dúvidas, acolher emoções e promover uma presença relacional terapêutica.

Ainda em contexto de cuidados intensivos, esta competência foi mobilizada em situações marcadas por dilemas éticos, como a proporcionalidade terapêutica, a limitação do esforço terapêutico e a tensão entre beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Em ambientes de elevada diferenciação, os enfermeiros confrontam-se frequentemente com situações em que a melhor decisão clínica não é imediatamente evidente, exigindo reflexão ética contínua, discussão interdisciplinar e fundamentação rigorosa das opções tomadas. Estes cenários, nomeadamente aqueles em que se pondera a manutenção ou suspensão de intervenções invasivas em doentes críticos com prognóstico reservado, ou em que existem divergências entre a equipa, a pessoa doente e a família quanto aos objetivos de cuidados, são frequentemente acompanhados de angústia moral, sobretudo quando existe discrepância entre o que o profissional considera clinicamente e eticamente adequado e aquilo que é exequível no contexto organizacional concreto (ShamsiKhani et al., 2026; Afenigus & Sinshaw, 2025).

No contexto extra-hospitalar, a dimensão ética e legal da prática tornou-se ainda mais evidente devido à pressão temporal, à incerteza diagnóstica, à limitação de recursos e à frequente necessidade de iniciar intervenções antes de contacto direto com a equipa médica presencial. Em meios como a SIV e a VMER, a autonomia técnica do enfermeiro é exercida num quadro de forte responsabilidade, exigindo interpretação rigorosa de protocolos, articulação estruturada com o médico regulador e ponderação contínua entre risco, benefício clínico e legitimidade da intervenção (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2020). Em enfermagem de emergência e cuidados críticos, como referem Afenigus & Sinshaw (2025), existem muitos dilemas associados à autonomia da pessoa, à prioridade de cuidados, à tomada de decisão em contextos

adversos e à escassez de recursos, em cenários que requerem resposta imediata perante risco de vida. Assim sendo, a responsabilidade ética e legal do enfermeiro especialista traduz-se na capacidade de fundamentar cada decisão clínica no melhor interesse da pessoa, na informação disponível e no âmbito das competências profissionalmente reconhecidas.

A obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido, e presumido, bem como a gestão da recusa de transporte assumiram igualmente especial relevância no contexto extra-hospitalar. Em situações de urgência, nem sempre a pessoa apresenta capacidade para compreender a informação, ponderar riscos e expressar uma decisão livre e esclarecida, o que obriga a decisões focadas no melhor interesse e na preservação da vida. Por outro lado, quando existe recusa de transporte, a decisão só pode ser considerada válida se houver evidência de capacidade de decisão, compreensão adequada da informação prestada e ausência de coação. A literatura recente (Farhat et al., 2023), sobre capacidade para recusar transporte em emergência pré-hospitalar, recomenda avaliações estruturadas e criteriosas, precisamente para proteger simultaneamente a autonomia da pessoa e a responsabilidade clínica e legal dos profissionais. Também a segurança das decisões de não transporte tem vindo a ser discutida, salientando necessidade de reavaliação clínica rigorosa, documentação e critérios bem definidos para reduzir o risco nos cuidados realizados (Patrick, 2025).

A confidencialidade e a proteção da informação clínica constituíram, transversalmente aos três contextos, uma dimensão essencial desta competência. No SUG, na UCI e no contexto extra-hospitalar, verificou-se que o respeito pela privacidade não se restringe ao corpo da pessoa, abrangendo a informação oral, escrita e digital. A gestão da comunicação durante passagens de turno, transmissões ao CODU, contactos com familiares e articulação entre equipas exige descrição, pertinência e limitação da partilha de dados ao estritamente necessário para a continuidade de cuidados. Do mesmo modo, a correta identificação da pessoa, particularmente relevante em ambientes de emergência, constitui um dever ético e legal de segurança clínica. Recomendações recentes em segurança do doente têm sublinhado que os processos de identificação positiva e a redução do risco de identificação errada são componentes fundamentais da qualidade e da responsabilidade profissional (Weatherford et al., 2026).

Em síntese, o desenvolvimento da competência de responsabilidade profissional, ética e legal revelou-se profundamente transversal aos diferentes contextos de prática especializada. No SUG, evidenciou-se na salvaguarda da privacidade, na gestão da confidencialidade e na humanização do cuidado em ambiente de elevada rotatividade. Na UCI, destacou-se na comunicação com a família, na participação em deliberações éticas complexas e na preservação da dignidade da pessoa em situação de elevada vulnerabilidade. No contexto extra-hospitalar, manifestou-se na tomada de decisão autónoma, no exercício proporcional da intervenção, na gestão do consentimento e da recusa e na proteção da dignidade da pessoa em ambientes frequentemente expostos e não controlados. Deste modo, conclui-se que esta competência não se traduz apenas no cumprimento formal de normas, mas na capacidade de integrar conhecimento científico, valores éticos, consciência deontológica e discernimento clínico, assegurando uma prática especializada segura, humanizada e centrada na pessoa.

2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade tem um papel nuclear na prática do enfermeiro especialista, manifestando a capacidade de analisar criticamente os cuidados prestados, identificar pontos a melhorar e participar ativamente em iniciativas institucionais. Em SUG, UCI e no extra-hospitalar, esta competência assume particular relevância, pois assenta em ações sistemáticas e contínuas, baseadas na autorreflexão, na aprendizagem em equipa e na utilização de indicadores, permitindo alcançar melhorias mensuráveis nos cuidados e nos resultados em saúde (Ramos et al., 2021). A melhoria contínua engloba igualmente a promoção

de ambientes terapêuticos seguros e adequados. Em situações de maior complexidade clínica, pequenas falhas, seja nos procedimentos ou na comunicação, podem colocar em risco a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados. Segundo Hughes (2008) os erros em saúde resultam normalmente da interação de múltiplos fatores, incluindo condições do sistema, ambiente de trabalho, carga de trabalho e falhas na comunicação, sendo que as estratégias centradas na melhoria dos processos, na padronização e no trabalho em equipa são fulcrais para reduzir eventos adversos e aumentar a segurança dos cuidados.

O Regulamento n.º 140/2019 define que o enfermeiro especialista deve assumir um papel ativo no desenvolvimento de estratégias institucionais, contribuir para práticas de qualidade, participar em programas de melhoria contínua e assegurar um ambiente seguro (OE, 2019). Esta perspetiva está em consonância com a evidência atual, que destaca o contributo dos enfermeiros especialistas na promoção de uma cultura de segurança do doente, através da liderança em iniciativas de qualidade, da monitorização de práticas, da prevenção de eventos adversos e do reforço do trabalho em equipa e da comunicação nos contextos clínicos (Glarcher & Vaismoradi, 2025).

No SUG, a competência supracitada foi concretizada através da necessidade de manter a rapidez de resposta sem pôr em causa a segurança. A elevada afluência, a constante entrada e saída de pessoas e a diversidade das situações clínicas requerem uma organização rigorosa. Tal como refere a evidência recente, contextos caracterizados por um elevado número de atendimentos e imprevisibilidade exigem dos enfermeiros especialistas uma atuação diferenciada, assente na vigilância contínua, na gestão do risco, na priorização eficaz dos cuidados e no trabalho em equipa, de forma a promover uma cultura de segurança e prevenir ocorrências indesejadas (Glarcher & Vaismoradi, 2025).

A atenção à identificação correta da pessoa, à gestão dos tempos de resposta, à priorização e à comunicação entre profissionais mostrou-se fulcral. A observação da triagem de Manchester, dos circuitos internos e do trabalho colaborativo com diferentes áreas permitiu perceber que a qualidade não depende somente da intervenção individual, mas também de processos bem definidos e de uma comunicação eficaz. A utilização de ferramentas como a teleconsulta e as pulseiras “gold”, realçaram o foco na melhoria organizacional e na adaptação da resposta dos cuidados prestados. A teleconsulta em contexto de SUG, constitui um recurso complementar que permite o apoio à decisão clínica em tempo real, sobretudo em situações que não exigem diferenciação especializada imediata. Este processo ocorre, regra geral, através de contacto telefónico estruturado ou plataformas digitais seguras, possibilitando a articulação com médicos de clínica geral. A teleconsulta facilita a validação de decisões clínicas, orientação terapêutica, aconselhamento e o encaminhamento mais adequado, contribuindo para uma utilização mais eficiente dos recursos e para a segurança do doente. A denominada “pulseira dourada” (*gold*) corresponde a um conceito emergente no contexto dos serviços de urgência em Portugal, não integrando formalmente o sistema padronizado do Sistema de Triagem de Manchester, cujas cores e critérios se encontram previamente definidos. Esta designação tem vindo a ser referida em contextos de elevada pressão assistencial e sobrelotação, como estratégia organizacional adaptativa para responder a situações de maior complexidade na gestão do fluxo de doentes.

Neste sentido, a “pulseira dourada” surge como um mecanismo informal de sinalização de doentes que, apesar de já terem sido submetidos ao processo de triagem, requerem uma abordagem diferenciada ou uma priorização acrescida, em virtude da sua condição clínica, risco potencial ou necessidade de intervenção célere. A sua utilização encontra-se, assim, associada a contextos de elevada exigência organizacional, funcionando como resposta a cenários críticos de afluência, nos quais os modelos convencionais de priorização podem revelar-se insuficientes para assegurar a adequada gestão dos cuidados.

Assim, tanto a teleconsulta como a utilização de pulseiras “golden” refletem estratégias organizacionais orientadas para a otimização do fluxo assistencial, para a tomada de decisão informada e para a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados nas necessidades do doente em contexto de urgência.

Tal como referem Rivard et al. (2006), a segurança do doente depende da capacidade da organização aprender de forma contínua, integrando dados, ajustando práticas e reformulando rotinas que envolvem diferentes profissionais e níveis hierárquicos. A ocorrência de eventos adversos em contexto de SUG não pode ser analisada exclusivamente como consequência de erro individual, deve ser analisada no âmbito de uma abordagem centrada no sistema, na qual múltiplos fatores, organizacionais, humanos e contextuais, interagem e condicionam a segurança dos cuidados prestados.

Neste contexto, a prevenção de eventos adversos assenta na implementação de processos padronizados, na promoção de uma comunicação eficaz entre os elementos da equipa multidisciplinar e na monitorização contínua através de indicadores de qualidade e segurança. No SUG, estes princípios encontram-se operacionalizados através de diversos instrumentos e documentos institucionais, nomeadamente procedimentos operativos e normas de atuação, sistemas de triagem estruturados, como por exemplo o Sistema de Triagem de Manchester, bem como procedimentos de notificação de incidentes e eventos adversos, através da plataforma Intranet do Hospital, promovendo uma cultura de segurança não punitiva e orientada sim para a aprendizagem.

Paralelamente, a existência de indicadores de desempenho específicos do SUG, tais como tempos de espera, tempos de resposta clínica, taxa de reavaliação e incidência de eventos adversos, constitui uma ferramenta essencial para a monitorização da qualidade dos cuidados, para a implementação de estratégias de melhoria contínua e para a promoção de cuidados seguros.

Na UCI, a melhoria da qualidade destacou-se principalmente na vigilância contínua e na prevenção de complicações. Durante o estágio, verificou-se claramente que a monitorização constante, a comunicação imediata de alterações e o cumprimento rigoroso de protocolos são cruciais. A análise do protocolo de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica mostrou que intervenções simples, como a elevação da cabeceira ou a aplicação consistente de conjuntos de cuidados, podem ter um impacto relevante nos resultados clínicos. Para além da componente técnica, a realização de entrevistas estruturadas com familiares e a prática de escuta ativa demonstraram a importância da comunicação, do apoio emocional e do envolvimento da família no processo de cuidar. Em linha com esta evidência, o estudo de Curtis et al. (2021) descreve que os facilitadores de comunicação, conduzidos por enfermeiros com treino específico, podem reduzir sintomas de depressão, ansiedade e stress pós-traumático nos familiares, além de promover cuidados mais concordantes com os objetivos do doente ao longo das transições após a UCI.

No contexto extra-hospitalar, esta competência tornou-se mais abrangente, relacionada com a imprevisibilidade do ambiente. A qualidade dos cuidados depende, em grande medida, da preparação prévia, da existência de procedimentos transparentes e da capacidade de adaptação às condições do local. De acordo com a literatura, a eficácia dos cuidados pré-hospitalares está também associada à coordenação entre os diferentes níveis de resposta, à utilização de intervenções simples e sustentáveis e à capacidade de resposta atempada, fatores que influenciam de forma imediata a redução da mortalidade e da incapacidade em situações de emergência (Thind et al., 2015).

Em situações de emergência extra-hospitalar, a utilização de algoritmos de atuação, a articulação com o CODU e a revisão crítica das intervenções são indispensáveis. A experiência em meios como a SIV e a VMER mostrou que a qualidade advém tanto da competência individual, como do trabalho em equipa, da transparência e

objetividade na comunicação e da adequação das decisões ao contexto. A reflexão desenvolvida ao longo do estágio foi estruturada, integrando a melhoria contínua da qualidade como parte fundamental do desenvolvimento profissional.

A experiência nos três contextos permitiu perceber que a melhoria contínua da qualidade não corresponde a uma intervenção isolada, mas a um trabalho permanente de observação, análise e ajuste das práticas. No SUG, destacou-se a organização dos fluxos e a segurança da resposta imediata; na UCI, a vigilância contínua e a prevenção de complicações; no contexto extra-hospitalar, a necessidade de treino e adaptação. Em todos os cenários, constatou-se que a qualidade está diretamente relacionada à reflexão crítica, ao conhecimento científico e à capacidade do enfermeiro especialista de contribuir para cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa.

2.1.3. Gestão dos Cuidados

A competência comum de gestão dos cuidados constitui um domínio estruturante da prática especializada, uma vez que implica a capacidade de planejar, organizar, priorizar, supervisionar e articular recursos humanos e materiais, de forma a garantir cuidados seguros, eficazes e de qualidade. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista deve gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto (OE, 2019). Em áreas altamente complexas, como a urgência, os cuidados intensivos e o contexto extra-hospitalar, esta competência adquire uma maior expressão, pois a adequação dos recursos e a coordenação entre profissionais influenciam a resposta clínica e a segurança da pessoa.

No SUG, a gestão dos cuidados revelou-se na necessidade permanente de priorização, distribuição eficiente de recursos e articulação entre diferentes áreas assistenciais. A organização do serviço em setores funcionais, a distinção entre prioridades clínicas e o encaminhamento diferenciado das pessoas demonstraram que a gestão dos cuidados começa desde o momento da admissão, sendo condicionada pela gravidade da situação clínica, pelos recursos disponíveis e pela necessidade de garantir a continuidade dos cuidados.

Neste contexto, a função do enfermeiro especialista assume particular relevância na gestão dos cuidados, ao integrar competências clínicas avançadas com capacidades de liderança, coordenação e tomada de decisão em ambientes complexos. Este profissional desempenha um papel central na monitorização do fluxo de doentes, na definição de prioridades assistenciais em articulação com a equipa multidisciplinar e na adequação dinâmica dos recursos disponíveis às necessidades emergentes do serviço. Para além disso, contribui para a promoção de uma comunicação eficaz entre profissionais e para a continuidade dos cuidados, assegurando a coerência das intervenções ao longo do percurso do doente no SUG.

Um dos resultados esperados passava por integrar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem, articulando com a equipa multidisciplinar e participando na gestão de recursos, nomeadamente através da identificação da função do enfermeiro especialista na gestão, da participação ativa na gestão de stocks e da reflexão com a enfermeira gestora e o enfermeiro orientador sobre aspetos relacionados com gestão e prestação de cuidados. Neste âmbito, o enfermeiro especialista intervém também ao nível da gestão de materiais e equipamentos, garantindo a sua disponibilidade e adequação às necessidades assistenciais, bem como na identificação de constrangimentos organizacionais e na proposta de estratégias de melhoria contínua. A este respeito, Jin et al. (2023) referem que intervenções que promovem a coordenação entre diferentes profissionais e níveis de cuidados permitem melhorar os resultados em saúde, reduzir erros associados à dispersão dos cuidados e favorecer uma utilização mais eficiente dos recursos, especialmente em contextos de urgência onde a rapidez e a coordenação são determinantes.

Na UCI, esta competência assumiu uma expressão ainda mais evidente, em virtude da necessidade de adequar continuamente os recursos às exigências clínicas da pessoa em situação crítica. A experiência de estágio permitiu compreender que a gestão dos cuidados em ambiente intensivo não se limita à distribuição de tarefas, envolvendo antes uma análise clínica do contexto, uma avaliação da carga de trabalho e uma coordenação permanente entre qualidade, segurança e dimensionamento das equipas. A reflexão conjunta com a enfermeira gestora e com os enfermeiros orientadores sobre a relação entre carga de trabalho, perfil clínico dos doentes e adequação dos recursos humanos foi extremamente relevante para consolidar esta competência. Neste contexto, as decisões relativas à dotação em segurança incluem a definição do rácio enfermeiro/doente ajustado à complexidade clínica e ao grau de dependência, a redistribuição dinâmica de profissionais entre unidades ou turnos, a priorização de cuidados em função do risco clínico, a alocação de enfermeiros com competências diferenciadas a doentes de maior complexidade, bem como a necessidade de reforço pontual de equipas em situações críticas. Incluem ainda a reorganização das tarefas assistenciais, a gestão de admissões e transferências e a articulação com outros serviços, de forma a garantir a continuidade e segurança dos cuidados. Decisões desta natureza devem assentar na leitura em tempo real das necessidades dos doentes, na avaliação contínua da carga de trabalho e na capacidade de reajuste rápido das equipas, dado que a insuficiência de enfermeiros está associada ao aumento de complicações, mortalidade e exaustão profissional (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2018).

A observação do rácio enfermeiro/doente de 1:2 e a participação no processo de elaboração das escalas mensais permitiram perceber que a gestão dos cuidados implica uma visão estratégica, a capacidade de decisão e a responsabilidade coletiva, indo muito além de uma dimensão meramente administrativa. A participação na construção das escalas da equipa de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde constituiu uma experiência muito relevante. Neste sentido, participei na realização de horários mensais dos enfermeiros. Tornou-se evidente que a elaboração de uma escala exige ponderar equidade entre profissionais, necessidades do serviço, especificidade clínica dos doentes e continuidade dos cuidados. Também permitiu compreender que a liderança do enfermeiro especialista se traduz, muitas vezes, em decisões silenciosas, mas centrais para o funcionamento da unidade, especificamente na organização do trabalho, na distribuição da carga de trabalho e na adequação dos recursos à complexidade da situação clínica. Com esta experiência, tornou-se mais perceptível a ligação entre liderança, gestão de recursos e qualidade dos cuidados, demonstrando que a gestão inclui criar contextos que favoreçam o desempenho da equipa.

No domínio da gestão de cuidados, a organização da prática em contextos como o SUG e a SMI assenta num método de trabalho predominantemente individual, adaptado à complexidade e instabilidade da PSC. A segurança do doente constitui um eixo central, que é garantida através da vigilância contínua, do cumprimento de protocolos e da prevenção de eventos adversos. Assim sendo, a adequação das dotações seguras revelou-se fundamental, que era ajustada ao grau de dependência e à complexidade clínica, conforme as recomendações da OE (2019). A gestão eficaz dos cuidados implica, por sua vez, a monitorização de indicadores de qualidade e de desempenho, como as taxas de infeção, de eventos adversos, o rácio enfermeiro/doente e a carga de trabalho, para a tomada de decisão informada e para a melhoria contínua dos cuidados.

No contexto extra-hospitalar, a gestão dos cuidados assumiu contornos próprios, associados à escassez de recursos, à pressão temporal e à necessidade de decidir com rapidez em ambientes usualmente imprevisíveis. Em meios como a SIV e a VMER, gerir cuidados significa avaliar rapidamente a situação, definir prioridades, mobilizar o material necessário, trabalhar em colaboração com o médico regulador e com outros meios de socorro, e adaptar constantemente a intervenção à evolução clínica e às condições do terreno. O estágio extra-

hospitalar corresponde a um contexto marcado por elevada exigência técnica, autonomia progressiva e articulação constante entre decisão clínica e organização operacional. Nestas circunstâncias, a gestão dos cuidados surge fortemente ligada à liderança situacional, à comunicação estruturada e à rentabilização dos recursos disponíveis. De acordo com Wang et al. (2024), a liderança situacional permite ao enfermeiro gestor ajustar continuamente o estilo de liderança ao nível de competência, experiência e motivação dos elementos da equipa, promovendo uma gestão mais eficaz em contextos dinâmicos. Esta flexibilidade contribui para melhorar a coordenação das equipas, otimizar o desempenho profissional e potenciar melhorias em saúde, principalmente através do aumento da qualidade dos cuidados prestados e da satisfação dos profissionais.

A análise transversal dos três estágios permitiu concluir que a eficácia dos cuidados resulta da organização dos recursos em função das necessidades clínicas. A gestão dos cuidados é uma competência multidimensional e em constante evolução. No SUG, manifestou-se na priorização e gestão do fluxo assistencial; na UCI, destacou-se na organização dos recursos e na continuidade de cuidados em ambiente altamente diferenciado; no contexto extra-hospitalar, evidenciou-se na gestão imediata da intervenção em cenários instáveis e com recursos limitados. Em todos os contextos, a gestão dos cuidados revelou-se inseparável da liderança, da comunicação e da tomada de decisão clínica, indicando a aptidão do enfermeiro especialista para reorganizar os cuidados de acordo com as necessidades concretas da pessoa em situação crítica.

2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A competência comum do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ocupa um lugar central no percurso do enfermeiro especialista, na medida em que exprime a capacidade de refletir criticamente sobre a prática, reconhecer necessidades formativas, desenvolver autoconhecimento e sustentar a intervenção em evidência científica atualizada. Este processo em enfermagem constitui um processo contínuo, apoiado na atualização permanente de conhecimentos, na participação em experiências formativas e na capacidade de adaptação à mudança, permitindo ao enfermeiro adquirir e aprofundar competências preponderantes para uma prática segura, eficaz e em contínua evolução (OE, 2023).

O Regulamento n.º 140/2019 define, neste domínio, duas vertentes nucleares: o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, e a capacidade de basear a praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019). Deste modo, aprender em contexto de prática especializada não significa apenas acumular experiência, mas transformar a experiência em conhecimento, reformulando de forma constante a ação face à complexidade das situações. Conforme Freitas e Terrasêca (2013), aprender em ensino clínico ocorre através da ligação entre três dimensões: a escola, o contexto clínico e o mundo profissional. Isto implica que o enfermeiro consiga juntar o que aprende na teoria, o que vive na prática e a forma como constrói a sua identidade profissional. Essa interação ajuda a desenvolver o pensamento crítico e reflexivo, o que é de suma importância para lidar com a incerteza e a complexidade das situações reais de cuidados. Ao longo deste processo, a experiência só ganha verdadeiro valor quando é pensada e analisada. É esta reflexão que permite transformar o que se vive em conhecimento útil, direcionando a ação futura e contribuindo para a construção de uma forma própria de aprender e de atuar enquanto profissional.

No SUG, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais materializou-se no aperfeiçoamento do raciocínio clínico perante situações emergentes e na necessidade de integrar rapidamente conhecimentos teóricos com o ambiente real de cuidados. Esta intenção manifestou-se na antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica com base na melhor evidência disponível, designadamente em situações como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e paragem cardiorrespiratória, bem como a aplicação dos

conhecimentos adquiridos nas componentes teóricas da unidade curricular em contexto real de urgência e emergência. A participação na triagem de Manchester, o aperfeiçoamento da intervenção perante pessoas de médio e alto risco e o contacto com cenários de Suporte Básico de Vida (SBV)/ Suporte Avançado de Vida (SAV) constituíram experiências que facilitaram a transferência do conhecimento para a prática, permitindo consolidar competências clínicas e reflexivas.

Ainda neste contexto, a apresentação do trabalho sobre “A prática simulada e o *debriefing* na melhoria do desempenho de equipas” (Apêndice I), representa um exemplo concreto de desenvolvimento de aprendizagens profissionais, pois demonstra iniciativa na partilha de conhecimento, capacidade de problematização da prática e valorização da simulação como ferramenta de melhoria clínica e organizacional. Além de uma atividade académica, esta experiência colocou em destaque o papel do enfermeiro especialista enquanto agente de aprendizagem no local de trabalho, capaz de mobilizar evidência e convertê-la em reflexão útil para a equipa. Segundo Marques (2018), os contextos de prática são espaços importantes de aprendizagem, onde o conhecimento passa para a ação através da reflexão e da interação entre profissionais. Nestes contextos, é possível identificar problemas, ajustar intervenções e melhorar os cuidados. A simulação, quando acompanhada de *debriefing*, facilita este processo, no sentido em que cria momentos elaborados para analisar o desempenho, reconhecer erros sem risco para o doente e repensar formas de atuar. O *debriefing* é essencial porque permite refletir sobre o que foi feito, perceber porquê e identificar formas de melhorar. Contribui para desenvolver o pensamento crítico, apoiar a tomada de decisão e melhorar o trabalho em equipa. Ademais, promove a aprendizagem em conjunto, ao integrar diferentes perspetivas e experiências, aproximando-se da realidade do trabalho multidisciplinar.

Na UCI, esta competência consolidou-se de forma muito expressiva, uma vez que foram trabalhadas competências integradas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Assim, foram realizadas atividades como a análise e crítica de artigos científicos relevantes, a colaboração com outros profissionais para partilha de conhecimento e experiência, o aperfeiçoamento de competências de intervenção especializada em pessoa em situação crítica e a aplicação dos conhecimentos adquiridos na componente teórica da unidade curricular. Portanto, o estágio foi pensado tanto como um espaço de execução como, principalmente, um espaço de aprendizagem contínua, autorreflexão e incorporação de evidência científica na decisão clínica. Neste enquadramento, a prática baseada na evidência assume um papel central, ao encaminhar a tomada de decisão clínica através da ligação entre o melhor conhecimento científico disponível, a experiência profissional e as preferências da pessoa.

De acordo com Pinto e Mota (2023), a prática baseada na evidência contribui para a promoção da autonomia do enfermeiro, ao mesmo tempo que fomenta a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Esta perspetiva torna-se especialmente importante em contextos altamente exigentes, como a UCI, onde as decisões clínicas têm consequências diretas e imediatas nos resultados da pessoa em situação crítica (Yee et, 2023).

A participação na “Comissão Organizadora das Jornadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Situações de Catástrofe e Exceção”, em setembro de 2025, na ESSLei, constituiu também uma experiência pertinente neste domínio. O envolvimento neste evento permitiu desenvolver competências de liderança, comunicação, trabalho em equipa e gestão de projeto, mas também consolidar uma postura ativa na construção e disseminação do conhecimento. Para além da dimensão organizativa, esta participação promoveu a reflexão sobre o vínculo entre ciência, prática e formação, afirmando o papel do enfermeiro especialista como profissional que aprende, partilha e contribui para a aprendizagem dos outros.

No contexto extra-hospitalar, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais evidenciou-se na adaptação a ambientes não controlados, na necessidade de agir sob pressão e na integração gradual entre conhecimento técnico, tomada de decisão e gestão emocional. A intervenção em emergência não depende apenas da execução correta de procedimentos, mas também da capacidade de interpretar globalmente a situação, reconhecer limites, ajustar a atuação ao contexto e aprender com cada experiência clínica vivida. Assim sendo, a prática em SIV e VMER favoreceu um crescimento profissional particularmente relevante no plano da autonomia, da assertividade e do julgamento clínico em cenários de elevada imprevisibilidade.

O contacto com o CODU e a observação da forma como os profissionais experientes organizam o seu pensamento constituíram igualmente elementos formativos relevantes no contexto extra-hospitalar. A forma como a informação clínica era sintetizada, priorizada e comunicada influenciava diretamente a rapidez da decisão e a adequação dos meios mobilizados. Neste sentido, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais incluiu também o aperfeiçoamento da comunicação clínica, da objetividade na transmissão de dados e da capacidade de raciocinar sob pressão. As ações formativas contínuas e momentos de reflexão sobre a prática têm impacto positivo na atualização do conhecimento, na confiança profissional e na qualidade da atuação em contexto operacional (Välimäki et al., 2024).

A apreciação global dos três estágios permitiu identificar que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais é um processo contínuo, sustentado pela reflexão na ação, para a ação e sobre a ação. No serviço de urgência geral, sobressaiu a aprendizagem associada à decisão rápida e à priorização clínica; na UCI, destacou-se a consolidação da prática baseada na evidência, da reflexão crítica e da partilha de conhecimento; no contexto extra-hospitalar, evidenciou-se a aprendizagem ligada à adaptação, à autonomia e à atuação em contextos incertos. Este percurso contribuiu para o fortalecimento de competências relacionadas com a gestão e prestação de cuidados complexos, a comunicação terapêutica, o trabalho em equipa e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados. A diversidade de experiências clínicas constituiu, assim, um elemento facilitador do crescimento profissional, o que se traduziu numa visão mais integrada e crítica da prática de enfermagem especializada.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do EEEMC-PSC decorrem da complexidade inerente ao cuidado prestado à pessoa cuja vida se encontra ameaçada por falência, ou iminência de falência, de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Neste âmbito, a pessoa em situação crítica exige cuidados altamente qualificados, contínuos, diferenciados e prestados em tempo oportuno, voltados para a manutenção das funções básicas de vida, prevenção de complicações, limitação de incapacidades e promoção da recuperação (OE, 2018). Portanto, as competências específicas do enfermeiro especialista nesta área traduzem a capacidade de responder de forma integrada às necessidades da pessoa, família/cuidador, tanto em contexto de urgência como em cuidados intensivos e no ambiente extra-hospitalar, mobilizando conhecimento científico, julgamento clínico, competência técnica, capacidade relacional e tomada de decisão. De seguida, apresenta-se a reflexão crítica sobre o desenvolvimento destas competências ao longo dos três contextos de estágio realizados, explanando a forma como cada experiência contribuiu para a consolidação de uma prática especializada, segura, humanizada e baseada na evidência.

2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A área de especialização em Enfermagem à PSC centra-se na pessoa cuja vida está em risco por falência, ou possibilidade de falência, de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Nesta conjunção, a pessoa em situação crítica necessita de cuidados de enfermagem altamente diferenciados, prestados de forma contínua, organizada e atempada, com o intuito de manter funções vitais, prevenir complicações, reduzir incapacidades e promover a recuperação. A competência de cuidar da pessoa, família/cuidador que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica exige a mobilização articulada de conhecimentos técnicos, científicos, relacionais e éticos, numa perspetiva global e adaptada à complexidade clínica. A definição apresentada encontra-se descrita no regulamento da especialidade, que orienta a prática do EEEMC-PSC (OE, 2018).

Em linhas gerais, o desenvolvimento desta competência permitiu compreender que cuidar da pessoa, família/cuidador em situação de doença crítica e/ou falência orgânica exige mais do que execução técnica. Implica observação contínua, pensamento clínico, capacidade de antecipação, domínio de protocolos complexos, gestão da dor e do conforto, e uma comunicação adaptada à gravidade da situação. A experiência nos diferentes contextos confirmou o papel nuclear do EEEMC-PSC na estabilização, vigilância, humanização e continuidade dos cuidados, contribuindo para respostas seguras, eficazes e centradas na pessoa e na sua família.

No SUG, esta competência tornou-se evidente em grande parte pela necessidade de avaliar rapidamente, definir prioridades e intervir de imediato perante pessoas com doença súbita ou agravamento agudo do estado de saúde. A dinâmica do serviço, caracterizada por grande afluência, ritmo intenso e diversidade de situações clínicas, exigiu a capacidade para identificar antecipadamente sinais de instabilidade, antecipar risco de falência orgânica e agir com rapidez e rigor. Relativamente a isso, Saharuddin et al. (2025) descrevem a tomada de decisão em contexto de urgência como um processo estruturado e sequencial, que integra diferentes etapas interdependentes, desde a recolha e interpretação de dados clínicos até à seleção e implementação de intervenções adequadas, culminando na monitorização dos resultados obtidos. Os autores destacam ainda que este processo é marcado pela necessidade de adaptação constante à evolução da situação clínica, exigindo capacidade de reajuste das decisões com base na resposta da pessoa e nas condições do contexto.

A Triagem de Manchester, a observação em diferentes áreas e a passagem pela sala de reanimação permitiram-me compreender que, neste contexto, o enfermeiro especialista deve articular a destreza técnica com a tomada de decisão em tempo oportuno, baseando a sua intervenção numa recolha organizada de dados e numa visão global da pessoa. Ao longo da minha experiência, cuidei de pessoas de médio e alto risco, acompanhei a monitorização contínua e refleti sobre o impacto dos cuidados na pessoa e na família.

Ainda em contexto de urgência, a intervenção junto da família/cuidador assumiu uma grande importância, principalmente em momentos de incerteza e sofrimento. A organização do serviço nem sempre permite a presença contínua dos familiares, o que aumenta a ansiedade e a necessidade de informação. Sobre esta questão, Cabete et al. (2019) referem que, em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica, a gravidade e a urgência das situações conduzem frequentemente a uma centralização das intervenções na vertente tecnológica, relegando para segundo plano o acompanhamento da família, apesar de esta constituir simultaneamente parceira e alvo de cuidados. Os autores sublinham que a família vivencia intensamente sentimentos de incerteza, ansiedade e medo, agravados pela limitação da presença junto do doente e pela dificuldade no acesso à informação, o que aumenta a necessidade de comunicação clara, honesta e contínua

por parte dos profissionais. Por conseguinte, a intervenção de enfermagem é extremamente importante ao promover suporte emocional, facilitar a expressão de sentimentos e estabelecer uma relação de proximidade e confiança, permitindo à família compreender a situação clínica e adaptar-se de forma mais saudável ao processo de doença.

A interação com familiares em sofrimento foi uma oportunidade para desenvolver a comunicação terapêutica, promover uma relação mais humana e prestar acompanhamento em situações críticas, incluindo momentos de morte inesperada e necessidade de apoio emocional. Esta experiência permitiu-me perceber que cuidar da pessoa em situação crítica vai além do controlo fisiológico, incluindo também a atenção à família enquanto parte essencial do cuidado. De facto, a família assume um papel central no contexto de cuidados intensivos, sendo reconhecida como elemento essencial no processo de cuidar, apesar de muitas vezes secundarizada face ao foco na recuperação clínica do doente. A valorização de cuidados humanizados em contexto de unidade de cuidados intensivos permite reconhecer a família como eixo fundamental das intervenções, contribuindo para uma melhor adaptação emocional e maior capacidade de lidar com a situação crítica, no âmbito dos cuidados centrados na família (Hwang et al., 2025). Neste sentido, os modelos de cuidados centrados na pessoa e na família enfatizam a importância da comunicação, do suporte emocional e do envolvimento ativo dos familiares na tomada de decisão e nos cuidados, promovendo uma prática mais humanizada e colaborativa (Checa-Checa et al., 2025; Santos et al., 2025).

Na UCI, esta competência ganhou maior expressão, dado que o próprio contexto implica vigilância intensiva, monitorização avançada e intervenções complexas em pessoas com falência orgânica instalada ou iminente. Durante o estágio, acompanhei a prestação de cuidados integrados e especializados a pessoas em estado crítico ou em pós-operatório de elevado risco, com recurso a tecnologia diferenciada, como ventiladores, sistemas de diálise e monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva. Neste ambiente, aprofundei competências relacionadas com a monitorização contínua, a aplicação da abordagem ABCDE, o acompanhamento de pessoas com linha arterial, cateter venoso central, dreno torácico, ventilação mecânica e técnicas dialíticas, entre outros suportes avançados de vida. Esta prática evidenciou que cuidar da pessoa em falência orgânica exige observação rigorosa, avaliação constante da resposta aos cuidados e capacidade de antecipar complicações. Conforme referem Rabiais e Sousa Mestre (2026), cuidar da pessoa em risco ou com falência orgânica exige uma prática avançada, baseada em raciocínio clínico especializado, acompanhamento contínuo e decisões rápidas, direcionadas para identificar atempadamente alterações e gerir a disfunção orgânica. Neste âmbito, torna-se importante manter uma monitorização regular, saber definir prioridades e adequar as competências do enfermeiro às necessidades da pessoa, uma vez que a avaliação contínua da condição clínica e da carga de trabalho permite antecipar complicações, ajustar precocemente as intervenções e melhorar a segurança e os resultados clínicos (Yang et al., 2024).

O estágio em UCI permitiu também desenvolver competências na gestão da dor, da sedação e do conforto da pessoa em situação crítica. A utilização de escalas como a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) ajudou-me a identificar sinais de dor em pessoas não comunicantes e a ajustar a analgesia e sedação de forma mais adequada. Em paralelo, o acompanhamento de pessoas em fim de vida e de famílias confrontadas com decisões difíceis colocou em destaque a importância do suporte emocional, da validação do sofrimento e de uma comunicação clara e empática. A esse nível, Kristin Puntillo et al. (2022) referem que, em contexto de fim de vida, a família experiencia sofrimento intenso, marcado por emoções como tristeza, negação e até manifestações de revolta, o que requer do enfermeiro a capacidade de reconhecer e gerir esta complexidade emocional. Evidenciam que o suporte eficaz passa pela comunicação contínua, clara e adaptada, pelo envolvimento da família nos cuidados e pela criação de oportunidades de

proximidade, permitindo-lhes compreender a situação clínica e participar no processo de cuidar. Salientam ainda que a resposta às necessidades emocionais implica empatia, validação dos sentimentos e disponibilidade para apoiar a família ao longo de todo o processo, mesmo em contextos exigentes, onde o enfermeiro tem de gerir simultaneamente as emoções da família e as suas próprias.

A evidência reforça que a avaliação sistemática e regular da dor, com recurso a instrumentos validados, está associada a melhores resultados clínicos, como a redução da duração da ventilação mecânica, a diminuição do tempo de internamento e a menor incidência de complicações (Azevedo-Santos & DeSantana, 2018; Devlin et al., 2018; Gélinas et al., 2022). Neste contexto, recomenda-se a integração da avaliação da dor em protocolos institucionais, associada a estratégias de analgesia individualizada e à monitorização contínua da resposta terapêutica. Importa ainda salientar que a avaliação da dor deve ser percebida como um processo dinâmico e contínuo, integrado no raciocínio clínico do enfermeiro especialista, implicando a aplicação de escalas e a interpretação contextual dos sinais apresentados pela pessoa e a articulação com a restante equipa multidisciplinar (Bezerra Salvador et al., 2025). Assim, afirma-se que a utilização das referidas escalas validadas constitui uma ferramenta fundamental na avaliação da dor em cuidados intensivos, permitindo uma gestão mais eficaz, segura e centrada na pessoa, bem como contribui para a qualidade dos cuidados e para a humanização da prática clínica. Uma abordagem inadequada pode comprometer o conforto do doente e originar complicações como sofrimento emocional, fraqueza física, *delirium*, perturbações do sono, ansiedade e depressão, contribuindo ainda para o aumento dos custos em saúde (Kara & Çamlı, 2025).

Neste sentido, foi assumido um papel ativo na avaliação sistemática da dor, na monitorização da eficácia das estratégias analgésicas, bem como as estratégias não farmacológicas para a promoção do alívio adequado da dor através dos cuidados de enfermagem, resultante da mobilização de conhecimentos sobre os fatores associados, sinais e sintomas e instrumentos de avaliação apropriados ao doente crítico.

Assim sendo, ao longo da minha experiência, procurei criar momentos de escuta, esclarecer dúvidas e apoiar a família, adaptando a informação ao nível de compreensão e ao estado emocional de cada um. Trata-se de uma dimensão que me mostrou que o cuidado à pessoa em situação crítica integra, de forma inseparável, a componente clínica e relacional.

No contexto extra-hospitalar, esta competência foi vivida em cenários exigentes, caracterizados por imprevisibilidade, recursos limitados e necessidade de decisão rápida. A prática na SIV e na VMER implicou avaliação inicial rápida, monitorização contínua, gestão da via aérea, administração de terapêutica urgente e intervenção perante risco de deterioração clínica. Durante este estágio, identifiquei antecipadamente situações de instabilidade ou falência orgânica, apliquei a avaliação sistematizada através do modelo ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), interpretei Eletrocardiogramas (ECG), preparei medicação de acordo com protocolos e acompanhei de forma contínua a pessoa em situação crítica. Esta experiência mostrou-me que, neste âmbito, é fundamental reconhecer prioridades clínicas e atuar de forma imediata e adequada.

A atuação extra-hospitalar trouxe também uma perspetiva nítida sobre o apoio à família/cuidador em momentos de crise. Em várias situações, observei níveis elevados de ansiedade por parte dos familiares, que por vezes interferiam com o socorro. Nesses momentos, a comunicação simples, clara e adaptada revelou-se crucial para reduzir o sofrimento, facilitar a colaboração e ajudar na compreensão da situação, sendo considerada um elemento central na relação com a família e na qualidade dos cuidados (David Y. Hwang et al., 2025). A gestão da dor e da ansiedade teve igualmente peso, recorrendo tanto a medidas farmacológicas como a intervenções não farmacológicas, como explicar procedimentos, reorganizar o espaço e preservar a

dignidade da pessoa. Tal experiência mostrou que, mesmo em poucos minutos, a relação terapêutica é decisiva para a qualidade dos cuidados. Conforme refere Wright (2021), a relação terapêutica constitui o núcleo da prática de enfermagem, sendo mais do que um elemento complementar do cuidado, assumindo-se como o próprio meio através do qual a intervenção se torna eficaz. A autora frisa que esta relação exige uma construção intencional, baseada na confiança, autenticidade, comunicação e envolvimento ativo do enfermeiro, permitindo criar um espaço seguro onde a pessoa se sente ouvida, valorizada e compreendida. Mesmo em interações breves, a capacidade de estabelecer ligação, desenvolver confiança e adaptar a comunicação à pessoa facilita a adesão aos cuidados e potencia ganhos em saúde, mostrando que a qualidade da relação estabelecida influencia de forma direta os resultados do cuidado.

Globalmente, a experiência nos três contextos permitiu-me entender que esta competência se manifesta de formas distintas, mas complementares. No SU, destacou-se a rapidez na avaliação e na resposta à instabilidade; na UCI, a continuidade dos cuidados, a monitorização avançada e a gestão da dor, sedação e comunicação com a família; no contexto extra-hospitalar, a autonomia, a adaptação ao ambiente e a intervenção precoce em situações críticas. Apesar das diferenças, todas as experiências apontaram para a mesma necessidade: prestar cuidados de forma global, com rigor técnico e sensibilidade relacional, centrados na pessoa e na família/cuidador.

2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A competência específica de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção até à ação, assume um papel extremamente relevante na prática do EEEMC-PSC. Implica a capacidade para conceber, planear, gerir e implementar respostas rápidas, organizadas e eficazes perante cenários de instabilidade aguda e risco iminente de vida. De acordo com o regulamento da especialidade, esta resposta não se restringe à execução técnica imediata, integrando igualmente a gestão do cenário, a definição de prioridades, a coordenação entre equipas, a comunicação eficaz e a adaptação contínua da intervenção à evolução clínica e operacional. O desenvolvimento desta competência exige, consequentemente, conhecimento científico atualizado, treino técnico consistente e capacidade de liderança em contextos marcados por imprevisibilidade e elevada exigência (OE, 2018).

No SU, esta competência tornou-se evidente em função das características do contexto, orientado para a receção, triagem, diagnóstico e tratamento de pessoas em situação urgente ou emergente. A organização do serviço, distribuída por diferentes áreas de cuidados, como triagem, sala de reanimação e setores diferenciados, permitiu-me compreender que a resposta à emergência depende não só da rapidez, mas também da existência de circuitos bem definidos, critérios de prioridade clínica e trabalho conjunto eficaz entre profissionais. Durante a minha experiência no SUG, avalei pessoas em situação urgente e emergente, realizei monitorização contínua e identifiquei de antemão sinais de deterioração. A utilização da Triagem de Manchester ressaltou a importância da estratificação clínica como primeiro passo para ajustar a resposta à gravidade da situação. Cicolo et al. (2020) corroboram a relevância da Triagem de Manchester enquanto instrumento estruturante na organização da resposta em contexto de urgência, ao demonstrarem que este sistema permite definir tempos de espera seguros e ajustados à prioridade clínica de cada pessoa. Os mesmos autores observam que a estratificação inicial contribui para uma resposta mais adequada à gravidade, podendo reduzir o tempo até ao início do tratamento em situações prioritárias, o que assume impacto na segurança e nos resultados clínicos. Desta forma, a triagem não se limita à ordenação do atendimento, constituindo um elemento central na gestão do fluxo de doentes e na otimização da resposta assistencial em SU.

A passagem pela sala de reanimação foi particularmente marcante no desenvolvimento desta competência, em virtude da proximidade a situações de instabilidade extrema, necessidade de suporte avançado de vida e trabalho intensivo em equipa. No decorrer da minha experiência, observei e procurei continuamente dados clínicos para detetar previamente complicações e intervir em tempo oportuno. Organizei a minha atuação segundo o processo de enfermagem, com recolha de informação, definição de prioridades, implementação de intervenções e reavaliação contínua. A prática desenvolvida permitiu perceber que dinamizar a resposta em situações emergentes implica estruturar o raciocínio clínico e traduzi-lo numa ação coordenada e eficaz.

Ainda no contexto do SUG, participei em atividades formativas relacionadas com catástrofe e simulação, o que contribuiu para desenvolver esta competência numa perspetiva mais ampla. Integrei momentos de formação interna com componente prática, incluindo simulação de situações de catástrofe com múltiplos intervenientes, vítimas simuladas e equipas multidisciplinares. Mediante esta experiência foi possível conhecer melhor os planos institucionais de atuação e perceber a importância do treino prévio, da definição clara de funções e da reflexão após a ação para melhorar o desempenho das equipas. Para além da resposta individual à emergência, compreendi a necessidade de preparação sistematizada para cenários de exceção e multivítimas. Dudley et al. (2025) corroboram a importância da simulação em contexto de catástrofe como estratégia formativa essencial, ao constatarem que estes exercícios permitem desenvolver competências cruciais para a resposta a eventos complexos, nomeadamente através da criação de cenários realistas com múltiplos intervenientes. Os autores enfatizam que a realização de simulação, associada a momentos de preparação prévia e de *debriefing*, favorece a construção de uma cultura de aprendizagem, centrada na rapidez para agir, na definição de objetivos comuns e no trabalho colaborativo entre profissionais. Mostram ainda que estas experiências permitem reconhecer a incerteza inerente a estes contextos e a necessidade de orientação clara, bem como promover a reflexão sobre as respostas emocionais vivenciadas, contribuindo para melhorar o desempenho das equipas e fortalecer a capacidade de resposta em situações de exceção.

Na UCI esta competência manifestou-se de forma diferente, mas complementar. Embora não seja um contexto de primeira intervenção no local da ocorrência, integra uma resposta contínua a situações de emergência intra-hospitalar, agravamento súbito e necessidade de suporte avançado de funções vitais. Durante o estágio, participei na vigilância e acompanhamento de pessoas em estado crítico ou em pós-operatório de elevado risco, o que exigiu monitorização rigorosa, interpretação de dados clínicos e tomada de decisão rápida perante alterações hemodinâmicas, respiratórias e metabólicas. Neste contexto, dinamizar a resposta significou identificar rapidamente sinais de instabilidade, mobilizar a equipa, ajustar intervenções terapêuticas e garantir a continuidade dos cuidados.

O contacto frequente com a abordagem ABCDE, com monitorização hemodinâmica invasiva, ventilação mecânica, linha arterial, cateter venoso central e técnicas dialíticas permitiu planear melhor a resposta perante situações de deterioração clínica. Percebi que a emergência nem sempre surge de forma abrupta; muitas vezes instala-se gradualmente, através de sinais subtis, exigindo elevada vigilância e capacidade de antecipação. A utilização da abordagem ABCDE revelou-se elementar para priorizar intervenções e reconhecer rapidamente alterações críticas, mostrando que responder à emergência também passa por identificar atempadamente situações de risco dentro de um ambiente já altamente diferenciado. Conforme descrito por Bruinink et al. (2024), a abordagem ABCDE constitui um método sistematizado e orientado por prioridades para a avaliação inicial da pessoa em situação crítica, assente no princípio “tratar primeiro o que mata primeiro”. Desta forma, a sua utilização permite identificar precocemente alterações potencialmente fatais e direcionar intervenções imediatas de forma bem organizada.

A participação na “Comissão Organizadora das Jornadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Situações de Catástrofe e Exceção” (Anexo II), constituiu igualmente uma experiência relevante. Este envolvimento permitiu-me refletir sobre o planeamento, a mobilização de recursos e a coordenação em cenários complexos, alargando a compreensão da resposta em emergência para além da prática direta. Compreendi melhor o papel do enfermeiro especialista na preparação, organização e divulgação de respostas alinhadas a situações de exceção.

No contexto extra-hospitalar, esta competência assumiu uma expressão mais direta e exigente. O estágio em SIV e na VMER decorreu em cenários reais, onde a intervenção dependia da avaliação rápida da vítima, da gestão do local, da definição de prioridades e da articulação com o CODU, bombeiros, forças de segurança e equipas hospitalares. Nesta experiência, desenvolvi o pensamento clínico autónomo, a capacidade de adaptação e a tomada de decisão baseada na evidência, muitas vezes em contextos com recursos limitados e ambientes não controlados. Bai et al. (2025) referem que a tomada de decisão em contexto extra-hospitalar constitui um processo complexo e altamente exigente, marcado pela imprevisibilidade e pela necessidade de respostas rápidas e eficazes. Neste enquadramento, o enfermeiro mobiliza conhecimento científico, experiência clínica e julgamento ético para definir prioridades e implementar intervenções adequadas em tempo útil. De acordo com Freitas et al. (2025), a tomada de decisão assenta no pensamento clínico estruturado, integrando diferentes modelos cognitivos. Por exemplo, em situações críticas, é frequente recorrer a decisões rápidas e intuitivas (pensamento automático), como reconhecer imediatamente sinais de paragem cardiorrespiratória, enquanto noutras situações mais ambíguas é necessário um raciocínio mais analítico, como na avaliação de dor torácica com múltiplas causas possíveis. Também o recurso a algoritmos e protocolos, como os utilizados no pré-hospitalar, segue uma lógica de “árvore de decisão”, permitindo orientar a atuação de forma sistematizada. Um exemplo prático ocorre na abordagem a uma vítima politraumatizada, em que a avaliação sequencial e a exclusão de hipóteses conduzem rapidamente à intervenção prioritária. Concomitantemente, os processos heurísticos, baseados na experiência prévia, facilitam decisões em ambientes de elevada pressão, permitindo reconhecer padrões clínicos. No entanto, exigem consciência crítica para evitar erros de julgamento (Freitas et al., 2025).

Numa ocorrência com múltiplas vítimas, tive a oportunidade de perceber claramente a importância da organização do cenário antes da intervenção direta. Perante um acidente de viação com três vítimas, a prioridade inicial foi garantir a segurança, delimitar o espaço em articulação com as forças policiais e estruturar a zona de atuação. Só depois procedi à triagem primária segundo o método *Simple Triage and Rapid Treatment* (START), classificando prioridades e ajustando a intervenção à vítima mais crítica. Esta experiência mostrou-me que, em situações de exceção, é essencial passar rapidamente de uma lógica individual para uma gestão global do evento, integrando segurança, triagem, tratamento e evacuação.

A prática em SIV evidenciou a responsabilidade do enfermeiro como primeiro profissional diferenciado no local, exigindo elevada autonomia, tomada de decisão rápida e coordenação de intervenientes. Em VMER, apesar da presença médica, manteve um papel ativo na avaliação inicial, monitorização contínua, preparação terapêutica e transmissão estruturada de informação. Em ambos os contextos, tornou-se evidente que dinamizar a resposta em emergência implica liderar, comunicar de forma eficaz, antecipar complicações e reavaliar continuamente a intervenção. A evidência confirma o papel central do enfermeiro no contexto pré-hospitalar, destacando a sua intervenção na coordenação de equipas, na tomada de decisão clínica e na aplicação de protocolos. Por exemplo, na gestão de uma vítima crítica, é o enfermeiro que organiza prioridades, articula com os intervenientes e assegura a continuidade dos cuidados (Apuleo, 2025).

Importa salientar os planos de emergência interno e externo que instituem orientações claras relativamente à gestão de incidentes, definição de circuitos, articulação entre serviços e mobilização de recursos humanos e materiais, permitem assim, uma atuação coordenada e eficiente perante as situações que excedem a capacidade de resposta habitual das unidades hospitalares. Todavia, a sua eficácia depende da sua existência formal e da sua operacionalização através de treino regular, simulação de cenários críticos e envolvimento ativo dos profissionais, como forma de garantir que todos conhecem o seu papel, responsabilidades e linhas de atuação, sendo a simulação clínica uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de competências, clarificação de papéis e melhoria da comunicação e desempenho das equipas (Alenezi et al., 2024). Neste contexto, a preparação dos profissionais de saúde e, em particular do enfermeiro especialista, deve assentar no desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, com inclusão da liderança, comunicação, tomada de decisão sob pressão e consciência situacional. A evidência (Varnier, 2025) demonstra que a formação contínua e a realização de exercícios simulados são determinantes para a melhoria do desempenho em situações reais de emergência e catástrofe, pois potenciam a transformação do conhecimento teórico em ação eficaz e segura.

Este percurso formativo evidenciou que dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, configura-se como um processo contínuo que integra, de forma indissociável, a preparação prévia e a intervenção em contexto real. Neste sentido, a resposta eficaz deve ser entendida como um *continuum* entre planeamento e ação, no qual se torna essencial a capacidade de transformar o conhecimento em prática organizada, adaptável e segura. Neste âmbito, assume particular relevância a existência de planos institucionais de emergência e de catástrofe, como os implementados nas ULS, os quais se configuram como instrumentos estruturantes para a organização da resposta em situações de elevada complexidade e imprevisibilidade. A eficácia dessa resposta assenta na articulação entre avaliação estruturada, treino prévio, comunicação interprofissional, gestão do ambiente e adaptação aos recursos disponíveis. Assim, corrobora-se a premissa de que o enfermeiro especialista desempenha um papel central enquanto agente estruturador da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, garantindo a coordenação, segurança e qualidade dos cuidados prestados.

A experiência nos três contextos permitiu compreender que esta competência se constrói de forma complementar. No SU, ganhou destaque a triagem, a resposta imediata e o treino em cenários simulados; na UCI, a vigilância avançada e a resposta à deterioração clínica; no contexto extra-hospitalar, a gestão do cenário, a triagem multivítimas e a coordenação em ambiente não controlado. Em todos os contextos, ficou evidente que uma resposta eficaz depende de raciocínio clínico metodicamente organizado, decisão rápida, trabalho em equipa e adaptação constante.

2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

A prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos constitui uma competência fulcral do EEEMC-PSC, atendendo à elevada vulnerabilidade destas pessoas, a necessidade frequente de procedimentos invasivos e a exigência de respostas rápidas, seguras e fundamentadas na evidência (Elmi, 2025). A pessoa em situação crítica, devido à instabilidade fisiológica, possível falência de órgãos e dependência de dispositivos de suporte avançado de vida, apresenta maior risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (Kafazi et al., 2025; Blot et al., 2022). As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema relevante à escala global, afetando diariamente doentes e sistemas de saúde. Estima-se que cerca de 1 em cada 10 doentes hospitalizados desenvolva uma IAC, sendo esta proporção substancialmente superior em UCI, podendo atingir valores próximos de 30% . A carga destas infeções é mais elevada em países de baixo e médio

rendimento, onde a prevalência pode atingir 15 casos por cada 100 doentes, comparativamente a cerca de 7 em países com maiores recursos. Globalmente, as IACS afetam milhões de pessoas todos os anos, estando associadas a aumento da morbilidade, mortalidade e custos em saúde, assumindo-se como um dos eventos adversos mais recorrentes na prestação de cuidados (OMS, 2024).

À luz desta realidade, torna-se imperativo reconhecer antecipadamente fatores de risco, implementar medidas preventivas, avaliar a sua eficácia e incentivar práticas seguras na equipa. A prevenção da infeção assume, por conseguinte, um papel central na qualidade e segurança dos cuidados (Edmond & Wenzel, 2015).

No SUG, esta competência tornou-se evidente pela necessidade de conciliar elevada rotatividade de pessoas, limitações de espaço e pressão assistencial com o cumprimento rigoroso das normas de controlo de infeção. Durante a minha experiência, percebi que este ambiente aumenta o risco de falhas, exigindo atenção constante à identificação correta da pessoa, validação de prescrições e uniformização de procedimentos. Apesar da prioridade frequentemente centrada na estabilização imediata, mantive práticas fundamentais como a higiene das mãos, o uso adequado de equipamentos de proteção individual e o cumprimento de técnica asséptica, assegurando que a rapidez de atuação não compromettesse a segurança. Segundo uma revisão feita por Kubde et al. (2023), a adoção consistente de práticas de controlo de infeção está associada à redução significativa da incidência de IACS, contribuindo para a diminuição da transmissão de microrganismos entre doentes e profissionais. Estas medidas permitem melhorar os resultados clínicos, traduzindo-se em menor morbilidade e mortalidade, bem como em redução do tempo de internamento. Além disso, a implementação eficaz destas práticas está relacionada com a diminuição dos custos em saúde, ao evitar complicações e necessidade de tratamentos adicionais. Também promove uma maior segurança do doente e dos profissionais de saúde, criando ambientes de cuidados mais seguros e controlados. Em linhas gerais, verifica-se ainda uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, ao limitar a disseminação de infeções e otimizar a eficiência dos serviços de saúde (Kubde et al., 2023).

Tendo em conta o exposto, reconheci que a proximidade entre pessoas, a utilização intensiva de macas, monitores e material clínico, bem como a realização frequente de procedimentos invasivos, aumentam o risco de transmissão cruzada, particularmente em contextos de elevada densidade assistencial, como o serviço de urgência (Benedetta Allegranzi et al., 2022). A participação em momentos formativos internos, com foco na gestão do risco, e o contacto com os padrões de qualidade associados à acreditação pela *Joint Commission International* contribuíram para apoiar a importância do cumprimento consistente de normas institucionais e internacionais. A integração das metas internacionais de segurança da pessoa, nomeadamente a redução do risco de infeções através da higiene das mãos, tornou-se parte integrante da minha prática diária.

As recomendações da OMS mantêm os “5 momentos” de higiene das mãos como referência operacional para interromper a transmissão de microrganismos e os dados divulgados pelo PPCIRA, em 2024, mostram que a adesão à higiene das mãos nas unidades de saúde em Portugal se situou em 80% em 2023, valor relevante, mas ainda distante de uma cultura de plena adesão. Esta realidade reforça a importância da supervisão clínica e da liderança próxima nos contextos de maior pressão. Esta realidade é reportada pela *Hughes Identification Devices* Global (HID Global, s.d.), segundo a qual, a higienização das mãos é um pilar da segurança do doente, mas a adesão continua inconsistente. Com os novos objetivos de desempenho (2026), deixa de ser somente uma recomendação e passa a constituir um indicador mensurável, integrado na prevenção das IACS. Esta mudança reforça a responsabilização das instituições de saúde, que devem definir metas, monitorizar continuamente e demonstrar melhoria. Dada a complexidade dos contextos clínicos e as limitações da observação *tradicional*, impõe-se a adoção de sistemas objetivos e contínuos, capazes de sustentar a melhoria e a segurança dos cuidados.

Na UCI esta competência assumiu maior complexidade, em razão da gravidade das situações clínicas e da presença constante de equipamentos invasivos. De acordo com a evidência recente, as unidades de cuidados intensivos apresentam um risco elevado de infeções associadas aos cuidados de saúde, devido à vulnerabilidade das pessoas e à utilização frequente de dispositivos invasivos. Neste enquadramento, a prática exige não só vigilância clínica contínua, mas também a implementação rigorosa de estratégias de prevenção de infeção, como a higiene das mãos, a monitorização de dispositivos invasivos e a adaptação de intervenções ao risco individual. Por exemplo, a gestão de um cateter venoso central ou de ventilação mecânica implica a avaliação sistemática para prevenir infeções e complicações associadas (Medioli et al., 2025).

Durante o estágio, acompanhei pessoas com ventilação mecânica, monitorização invasiva, sistemas de diálise, linha arterial, cateter venoso central, tubo orotraqueal e drenos, o que exigiu rigor técnico na manipulação e vigilância destes dispositivos. Tornou-se evidente, na minha prática, que a prevenção da infeção depende de uma observação contínua, da aplicação rigorosa de técnica asséptica e do cumprimento de *bundles* de cuidados baseados na evidência, amplamente recomendados para reduzir infeções associadas aos cuidados de saúde e dispositivos invasivos (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). A análise do protocolo de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica permitiu-me perceber que pequenas falhas, como a posição inadequada da cabeceira, podem aumentar o risco de infeção. Esta experiência mostrou-me que a consistência na aplicação de medidas simples tem um impacto expressivo na segurança da pessoa, tal como referido na literatura sobre o tema (Al-Harthi et al., 2025). Ao longo da minha prática, observei sistematicamente os locais de inserção de dispositivos, avaliei sinais inflamatórios e assegurei a correta manutenção dos sistemas, mantendo sempre uma atuação segura e fundamentada.

Também na UCI, desenvolvi a capacidade de identificar previamente sinais de infeção ou sépsis, através da análise de padrões hemodinâmicos, laboratoriais e clínicos, como lactato, débito urinário e alterações respiratórias. Perante alterações sugestivas de agravamento, comuniquei com a equipa e contribuí para uma intervenção atempada. A existência do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e a cultura de segurança do serviço reafirmaram a importância de uma atuação partilhada, onde assumi um papel ativo na promoção de boas práticas.

No contexto extra-hospitalar, a prevenção e controlo da infeção apresentaram desafios distintos, associados a ambientes não controlados, informação limitada e necessidade de decisão rápida. Durante o estágio no INEM, em SIV e na VMER, adaptei constantemente a minha prática às condições do terreno, mantendo o rigor técnico. Utilizei equipamentos de proteção individual, organizei o material de forma segura e assegurei a correta manipulação de equipamentos, protegendo a pessoa, a equipa e a continuidade dos cuidados.

A abordagem da via aérea, a realização de procedimentos invasivos no local e o transporte em ambulância exigiram uma gestão cuidada do espaço e das prioridades. Também a articulação com bombeiros, forças de segurança e equipas hospitalares implicou atenção às cadeias de contacto e à segurança durante a transferência de cuidados. Esta experiência mostrou-me que, mesmo em contextos adversos, é possível manter práticas seguras e reduzir o risco de infeção.

Em sùmula, a integração das experiências nos três contextos ajudou-me a perceber que esta competência se manifesta de forma integradora, com diferentes exigências. No SUG, destacou-se a necessidade de manter práticas seguras num ambiente exigente; na UCI, sobressaiu o controlo rigoroso associado a dispositivos invasivos e à monitorização contínua; no contexto extra-hospitalar, evidenciou-se a adaptação das medidas de prevenção a cenários imprevisíveis. Em todos os contextos, confirmou-se que prevenir a infeção e a resistência a antimicrobianos exige pensamento crítico, vigilância constante e compromisso com a evidência científica.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

3. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/AÇÃO

ARTIGO ORIGINAL

Implementação da NRS 2002 na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em cuidados intensivos.

Implementation of NRS 2002 in improving the quality of nursing care in intensive care.

Implementación de la NRS 2002 para mejorar la calidad de la atención de enfermería en cuidados intensivos.

RESUMO

Introdução: A desnutrição hospitalar associa-se a piores resultados clínicos, aumento da morbilidade e mais tempo de internamento. A avaliação precoce do risco nutricional é uma recomendação internacional, sendo a *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS-2002) uma ferramenta validada para adultos hospitalizados.

Objetivo: Avaliar o impacto de uma intervenção formativa dirigida aos enfermeiros na melhoria do registo e aplicação da escala NRS-2002, bem como na definição e implementação de intervenções de enfermagem adequadas, nomeadamente vigilância da ingestão alimentar, monitorização do peso, registo do balanço hídrico por turno e articulação com a equipa médica e nutricionista.

Métodos: Estudo de melhoria contínua da qualidade, do tipo de investigação-ação, desenvolvido numa unidade de cuidados intensivos e intermédios. Participaram 32 enfermeiros e 23 doentes. A avaliação do impacto da intervenção incluiu a análise de seis processos clínicos. A recolha de dados incidiu nas práticas e perceções da equipa de enfermagem, nos indicadores clínicos e nutricionais dos doentes. A intervenção consistiu na formação em serviço, uniformização da aplicação da NRS-2002 no sistema BSimple e na definição de orientações para registo e monitorização nutricional.

Resultados: Verificou-se que 84,4% dos enfermeiros não possuíam formação específica em avaliação nutricional, 71,9% não realizavam rastreio nutricional na admissão e 46,9% recorriam predominantemente à avaliação clínica subjetiva. Presença de indicadores de risco nutricional nos doentes: IMC inferior a 20,5 em 21,7%, perda de peso recente em 30,4% e redução da ingestão alimentar em 47,8%. Após a intervenção, a auditoria evidenciou uma taxa de conformidade de 83,3% no preenchimento da avaliação inicial no domínio Nutrição/Digestão, contrastando com valores anteriores de 0% de adesão ao registo da escala NRS-2002 e à avaliação nutricional inicial.

Conclusão: Evidência de lacunas nas práticas de avaliação nutricional e de impacto positivo da intervenção formativa na melhoria dos registos e da monitorização nutricional. O uso estruturado da NRS-2002 revelou-se uma estratégia eficaz para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Risco nutricional; NRS 2002; Cuidados intensivos; Enfermagem; Qualidade dos cuidados.

ABSTRACT

Introduction: Hospital malnutrition is associated with worse clinical outcomes, increased morbidity, and longer hospital stays. Early assessment of nutritional risk is an international recommendation, with the *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS-2002) being a validated tool for hospitalized adults.

Objective: To evaluate the impact of a training intervention aimed at nurses on improving the documentation and application of the NRS-2002 scale, as well as on the definition and implementation of appropriate nursing interventions, namely monitoring food intake, weight monitoring, recording fluid balance per shift, and coordination with the medical team and nutritionist.

Methods: A continuous quality improvement study, based on an action research approach, was conducted in an Intensive and Intermediate Care Unit. A total of 32 nurses and 23 patients participated. The evaluation of the intervention's impact included the analysis of six clinical records. Data collection focused on the nursing team's practices and perceptions, as well as on patients' clinical and nutritional indicators. The intervention consisted of in-service training, standardization of the application of the NRS-2002 in the BSimple system, and the definition of guidelines for nutritional documentation and monitoring.

Results: It was found that 84.4% of nurses had no specific training in nutritional assessment, 71.9% did not perform nutritional screening upon admission, and 46.9% relied predominantly on subjective clinical assessment. Nutritional risk indicators were identified among patients: body mass index (BMI) below 20.5 in 21.7%, recent weight loss in 30.4%, and reduced food intake in 47.8%. After the intervention, the audit showed a compliance rate of 83.3% in completing the initial assessment in the Nutrition/Digestion domain, contrasting with previous values of 0% adherence to recording the NRS-2002 scale and the initial nutritional assessment.

Conclusion: Evidence of gaps in nutritional assessment practices and a positive impact of the training intervention on improving documentation and nutritional monitoring were identified. The structured use of the NRS-2002 proved to be an effective strategy for promoting the quality and safety of nursing care for critically ill patients.

Keywords: Nutritional risk; NRS 2002; Intensive care; Nursing; Quality of care.

RESUMEN

Introducción: La desnutrición hospitalaria se asocia con peores resultados clínicos, aumento de la morbilidad y mayor tiempo de hospitalización. La evaluación precoz del riesgo nutricional es una recomendación internacional, siendo el Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) una herramienta validada para adultos hospitalizados.

Objetivo: Evaluar el impacto de una intervención formativa dirigida a los enfermeros en la mejora del registro y aplicación de la escala NRS-2002, así como en la definición e implementación de intervenciones de enfermería adecuadas, concretamente la vigilancia de la ingesta alimentaria, la monitorización del peso, el registro del balance hídrico por turno y la articulación con el equipo médico y el nutricionista.

Métodos: Estudio de mejora continua de la calidad, basado en un enfoque de investigación-acción, desarrollado en una Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios. Participaron 32 enfermeros y 23 pacientes. La evaluación del impacto de la intervención incluyó el análisis de seis procesos clínicos. La recogida de datos se centró en las prácticas y percepciones del equipo de enfermería, así como en los indicadores clínicos y nutricionales de los pacientes. La intervención consistió en formación en servicio, estandarización de la aplicación del NRS-2002 en el sistema BSimple y definición de orientaciones para el registro y la monitorización nutricional..

Resultados: Se verificó que el 84,4% de los enfermeros no poseían formación específica en evaluación nutricional, el 71,9% no realizaban cribado nutricional al ingreso y el 46,9% recurrían predominantemente a la evaluación clínica subjetiva. Se identificó la presencia de indicadores de riesgo nutricional en los pacientes: IMC inferior a 20,5 en el 21,7%, pérdida de peso reciente en el 30,4% y reducción de la ingesta alimentaria en el 47,8%. Tras la intervención, la auditoría evidenció una tasa de conformidad del 83,3% en el cumplimiento de la evaluación inicial en el dominio Nutrición/Digestión, en contraste con valores previos de 0% de adhesión al registro de la escala NRS-2002 y a la evaluación nutricional inicial.

Conclusión: Se evidenciaron lagunas en las prácticas de evaluación nutricional y un impacto positivo de la intervención formativa en la mejora de los registros y de la monitorización nutricional. El uso estructurado del NRS-2002 se reveló como una estrategia eficaz para la promoción de la calidad y seguridad de los cuidados de enfermería a la persona en situación crítica.

Palabras clave: Riesgo nutricional; NRS 2002; Cuidados intensivos; Enfermería; Calidad de los cuidados.

INTRODUÇÃO

A avaliação do risco nutricional na pessoa em situação crítica é uma dimensão importante dos cuidados de enfermagem, sobretudo em unidades de cuidados intensivos e intermédios. Nestes contextos, a gravidade da doença, as alterações metabólicas, a diminuição da ingestão alimentar e o aumento das necessidades energéticas tornam estas pessoas mais vulneráveis à desnutrição. Portanto, identificar numa fase inicial o risco nutricional é imperativo para conduzir intervenções adequadas e mais adaptadas à situação clínica (Cattani et al., 2020).

A pertinência deste tema prende-se com o impacto que a desnutrição pode ter na evolução clínica. A literatura mostra que o risco nutricional está associado a mais complicações, maior tempo de internamento, recuperação mais lenta e piores resultados em saúde (Kondrup et al., 2003; Singer et al., 2019; Moghaddam et al., 2024). Em contexto crítico, a intervenção nutricional precoce pode contribuir para melhorar a resposta clínica, facilitar a recuperação funcional e reduzir complicações associadas ao internamento (Lopes et al., 2022).

No conjunto das ferramentas disponíveis, a Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) é uma escala validada para adultos hospitalizados e recomendada para o rastreio nutricional precoce. Esta ferramenta permite identificar pessoas em risco a partir de critérios relacionados com o estado nutricional, a ingestão alimentar, a gravidade da doença e a idade (Kondrup et al., 2003). As orientações da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) e da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) recomendam que este rastreio seja realizado nas primeiras 24 a 72 horas após a admissão hospitalar, reconhecendo o papel crucial da enfermagem neste processo (Robinson et al., 2018; Singer et al., 2019).

Não obstante, continuam a existir dificuldades na aplicação sistemática do rastreio nutricional em contexto clínico, principalmente em unidades onde a prioridade dos cuidados se centra na estabilização imediata da pessoa em situação crítica. Deste modo, mantém-se a necessidade de consolidar práticas mais sistematizadas e consistentes na avaliação do risco nutricional, bem como de aproximar a evidência científica da prática diária dos enfermeiros.

O presente estudo teve como objetivos descrever o conhecimento e a formação dos enfermeiros relativamente às ferramentas de avaliação nutricional em doentes em situação crítica, bem como caracterizar as práticas adotadas na utilização dessas ferramentas em contexto clínico e identificar as principais barreiras e facilitadores associados à implementação de um protocolo de avaliação do risco nutricional.

No que respeita aos doentes, pretendeu-se caracterizar o seu perfil sociodemográfico no contexto de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), avaliar os indicadores clínicos e nutricionais associados ao risco nutricional — nomeadamente o índice de massa corporal, a perda de peso, a ingestão alimentar e a gravidade clínica — e identificar a prevalência de fatores de risco nutricional nesta população. Procurou-se ainda caracterizar os hábitos alimentares prévios ao internamento, incluindo a frequência das refeições, a ingestão hídrica e a presença de alergias ou restrições alimentares.

Foi igualmente analisada a perceção dos doentes relativamente à alteração do seu estado nutricional durante o internamento, bem como os tipos de suporte nutricional utilizados, designadamente por via oral, entérica ou parentérica. O estudo contemplou ainda a avaliação do nível de informação fornecida aos doentes sobre a importância da nutrição na sua recuperação, assim como a perceção dos mesmos relativamente à atenção da equipa de enfermagem ao seu estado nutricional e ao apoio recebido na alimentação durante o internamento, permitindo identificar o seu nível de satisfação face aos cuidados nutricionais prestados.

Por fim, pretendeu-se avaliar o impacto da formação dirigida aos enfermeiros no número de processos clínicos dos doentes que apresentavam a escala NRS-2002 corretamente aplicada e registada, bem como na definição e implementação de intervenções de enfermagem adequadas, nomeadamente a vigilância da ingestão alimentar, a monitorização do peso, o registo do balanço hídrico em cada turno e a articulação regular com a equipa médica e com o nutricionista.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A avaliação do risco nutricional na pessoa em situação crítica torna-se especialmente importante em unidades de cuidados intensivos e intermédios, devido à elevada complexidade clínica destas pessoas e à frequência com que apresentam alterações metabólicas, inflamatórias e funcionais que favorecem a desnutrição (Weldeyohanes et al., 2026). A resposta ao stress, o hipercatabolismo, a redução da ingestão alimentar e o aumento das necessidades energéticas e proteicas contribuem para um maior risco nutricional, com impacto claro na evolução clínica, na recuperação funcional e no tempo de internamento (Cattani et al., 2020).

A avaliação nutricional precoce é reconhecida como o primeiro passo do processo de cuidados nutricionais (Guo et al., 2022). Segundo a ASPEN, o rastreio nutricional visa identificar pessoas que podem estar desnutridas ou em risco de desnutrição, permitindo determinar a necessidade de avaliação mais aprofundada e de intervenção adequada (Robinson et al., 2018). Na mesma linha, a ESPEN considera que o objetivo do rastreio nutricional é avaliar em que medida os fatores nutricionais podem prever os resultados clínicos, tendo em conta a exigência metabólica associada à doença (Kondrup et al., 2003).

De acordo com a ESPEN, uma ferramenta de rastreio nutricional deve permitir responder a quatro questões essenciais: qual é o estado nutricional atual da pessoa, se esse estado se mantém estável, se poderá agravar-se e se o processo de doença pode acelerar a deterioração nutricional. Para responder a estas dimensões, os instrumentos de rastreio incluem, habitualmente, parâmetros como o Índice de Massa Corporal (IMC), a perda de peso recente, a diminuição da ingestão alimentar e a gravidade da doença (Kondrup et al., 2003). Existe, por isso, um consenso alargado relativamente à necessidade de realizar a avaliação do risco nutricional nas primeiras 24 a 72 horas após a admissão hospitalar, com o intuito de reduzir a incidência de desnutrição e as suas consequências clínicas (Cattani et al., 2020; Reber et al., 2019; Rabito et al., 2017).

Na pessoa em situação crítica, a monitorização nutricional não termina na fase inicial do rastreio, sendo um processo contínuo e integrado no acompanhamento clínico. A evolução do estado metabólico, a presença de disfunção orgânica, a resposta à terapêutica e a tolerância ao suporte nutricional exigem vigilância regular e reavaliação sistemática (Narayan & Gudivada, 2020). A evidência mais recente destaca que a monitorização do estado nutricional e dos seus indicadores clínicos e laboratoriais é essencial para adequar intervenções, prevenir complicações e otimizar os resultados em saúde (Weldeyohanes et al., 2026).

A intervenção nutricional precoce tem sido associada a benefícios importantes em contexto de cuidados intensivos, nomeadamente melhoria da cicatrização, redução do tempo de ventilação invasiva, diminuição de infeções e redução do tempo de internamento e da mortalidade (Lopes et al., 2022). Neste sentido, a identificação rigorosa do risco nutricional torna-se decisiva para facilitar intervenções oportunas e individualizadas. A pessoa em situação crítica apresenta habitualmente maior suscetibilidade à desnutrição, o que exige dos profissionais de saúde uma atenção reforçada à avaliação nutricional, à monitorização da ingestão alimentar e à colaboração com a equipa multidisciplinar (Osooli et al., 2019; Reignier et al., 2025).

Entre as ferramentas disponíveis, a NRS-2002 destaca-se como um instrumento validado para adultos hospitalizados, permitindo identificar pessoas em risco nutricional a partir de critérios relacionados com o estado nutricional, a ingestão alimentar recente, a gravidade da doença e a idade (Kondrup et al., 2003; Reber et al., 2019). A sua aplicabilidade clínica, simplicidade de utilização e integração em recomendações internacionais tornam-na uma ferramenta relevante para promover o rastreio precoce em contexto hospitalar. Estudos recentes mostram que a NRS-2002 apresenta utilidade na identificação de risco nutricional e pode associar-se à previsão de resultados clínicos adversos em pessoas internadas em contexto crítico (Cattani et al., 2020; Moghaddam et al., 2024; Ilkowski et al., 2025).

Contudo, a literatura também mostra que a avaliação do risco nutricional em contexto crítico continua a deparar-se com desafios (Narayan & Gudivada, 2020). A inexistência de um *gold standard* universal, a combinação de diferentes instrumentos e a variabilidade entre contextos clínicos contribuem para alguma heterogeneidade na prática clínica. Para além disso, em unidades de cuidados intensivos, a prioridade atribuída à estabilização hemodinâmica e às intervenções imediatas pode fazer com que o rastreio nutricional não seja realizado de forma sistemática, apesar da sua importância clínica (Chavarro et al., 2025).

É neste enquadramento que a melhoria contínua da qualidade assume pertinência, ao promover a revisão crítica das práticas e a implementação de estratégias organizadas e baseadas em evidência (Endalamaw et al., 2024). A padronização de procedimentos, a formação dos profissionais e a integração do rastreio nutricional na prática diária podem contribuir para cuidados mais consistentes, seguros e centrados na pessoa. É neste enquadramento que a melhoria contínua da qualidade assume pertinência, ao promover a revisão crítica das práticas e a implementação de estratégias organizadas e baseadas em evidência (Endalamaw et al., 2024). A padronização de procedimentos, a formação dos profissionais e a integração do rastreio nutricional na prática diária podem contribuir para cuidados mais consistentes, seguros e centrados na pessoa. Neste sentido, definiram-se para o presente estudo os seguintes objetivos gerais: avaliar o conhecimento, a formação, as práticas e as perceções dos enfermeiros de UCI relativamente à avaliação nutricional da pessoa em situação crítica, bem como identificar as principais barreiras e facilitadores à sua implementação na prática clínica; e caracterizar o estado nutricional, os fatores de risco nutricional, os hábitos alimentares, a perceção do estado nutricional e o nível de satisfação com os cuidados nutricionais dos doentes internados UCI.

2. MÉTODOS

Para dar resposta aos objetivos definidos, foi realizado um estudo de investigação-ação, desenvolvido em contexto de cuidados intensivos, com incidência nos cuidados prestados a doentes internados em unidades de nível II e III. Este estudo emergiu da necessidade de compreender as práticas de enfermagem relacionadas com a avaliação do risco nutricional, bem como de promover uma intervenção estruturada baseada na implementação da escala NRS-2002.

A investigação decorreu em duas etapas complementares. Numa primeira fase, foi realizado um diagnóstico situacional, através da recolha de dados junto de enfermeiros e doentes, recorrendo à aplicação de questionários. Esta etapa permitiu caracterizar as práticas existentes, as perceções dos profissionais, as principais barreiras à avaliação nutricional e identificar indicadores de risco nutricional na população em estudo. Numa segunda fase, foi desenvolvida uma intervenção formativa em contexto de serviço, dirigida à equipa de enfermagem, com enfoque na implementação

estruturada da NRS-2002 e respetivo registo no processo clínico. Esta formação teve como principal objetivo capacitar os enfermeiros para a correta aplicação da escala e promover simultaneamente a sensibilização para a importância do estado nutricional na evolução clínica dos doentes. Pretendeu-se, assim, incentivar a utilização sistemática da NRS-2002 na prática clínica, contribuir para a uniformização de cuidados e para a melhoria da qualidade da prática de cuidados. Esta intervenção integrou-se num projeto mais amplo de melhoria contínua da qualidade. Posteriormente, e com o objetivo de avaliar o impacto da formação, foi realizada uma auditoria interna aos processos clínicos, aproximadamente um mês após a intervenção formativa, no âmbito do grupo de trabalho da nutrição. Esta auditoria incidiu sobre seis processos clínicos analisados num dia de forma aleatória.

2.1 Amostra

A amostra foi constituída por dois grupos. O primeiro grupo integrou 32 enfermeiros a exercer funções em Unidade de Cuidados Intensivos. O segundo incluiu 23 doentes internados nesta unidade, podendo, sempre que necessário, a recolha de informação ser complementada por familiares ou cuidadores informais. A seleção da amostra foi não probabilística e intencional, tendo em conta a acessibilidade dos participantes e a adequação ao contexto em estudo.

No grupo dos enfermeiros, foram considerados profissionais em exercício nas unidades envolvidas, independentemente da categoria profissional ou especialidade, desde que aceitassem participar. No grupo dos doentes, foram incluídas pessoas internadas em contexto de cuidados de nível II e III, com recolha de informação sociodemográfica, clínica e nutricional. Sempre que o estado clínico não permitia a obtenção de resposta direta por parte do doente, a informação foi recolhida junto de familiares e/ou cuidadores, quando aplicável, mantendo-se a aplicação da entrevista/questionário. Nestes casos, a recolha de dados foi efetuada por intermédio da família, devido à incapacidade do doente para responder. Para além dos participantes incluídos no estudo, a avaliação do impacto da intervenção incluiu ainda a auditoria de seis processos clínicos, considerados fundamentais para a monitorização da prática dos cuidados prestados e para a implementação sistematizada da escala NRS 2002.

2.2 Instrumentos

A recolha de dados foi efetuada recurso a dois instrumentos principais. O primeiro consistiu num questionário dirigido aos enfermeiros, organizado em várias dimensões: dados sociodemográficos e profissionais, formação e conhecimento sobre ferramentas de avaliação nutricional, práticas de rastreio do risco nutricional, barreiras e facilitadores à implementação de protocolos e perceção da importância da avaliação nutricional precoce na pessoa em situação crítica. O segundo instrumento correspondeu a um guião de entrevista aplicado aos doentes, familiares ou cuidadores informais, consoante a situação clínica. Este incluiu dados sociodemográficos, indicadores de risco nutricional, hábitos alimentares, perceção do estado nutricional durante o internamento, tipo de alimentação atual e perceção dos cuidados e da comunicação da equipa de enfermagem relativamente à nutrição.

Para além destes instrumentos, foi desenvolvida uma ação de formação em serviço sobre a aplicação da NRS-2002 no sistema *BSimple Patient Care*, com o objetivo de uniformizar o rastreio inicial do risco nutricional e reforçar a importância do registo e da monitorização da ingestão alimentar. A formação em serviço incluiu os fundamentos da escala, os critérios de aplicação, a interpretação do score e a definição de intervenções de enfermagem de acordo com o risco identificado. Foi realizada uma auditoria interna aos processos clínicos de enfermagem, com enfoque na avaliação do risco nutricional, especificamente no preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem no domínio Nutrição/Digestão, no sistema informático *BSimple Patient Care*. Esta auditoria teve como principal objetivo verificar se os enfermeiros realizam e registam adequadamente a avaliação nutricional inicial do doente no momento da admissão, para identificarem precocemente as situações de risco nutricional e implementarem intervenções adequadas. Foram definidos como critérios de auditoria a existência de registo do foco Nutrição/Digestão na avaliação inicial, o preenchimento de dados antropométricos relevantes, nomeadamente peso, altura e índice de massa corporal (IMC), a identificação do padrão alimentar habitual, a avaliação de alterações digestivas como náuseas, vômitos, disfagia, diarreia ou obstipação, bem como o registo de diminuição da ingestão alimentar ou perda ponderal recente. Sempre que identificado risco nutricional, foi igualmente analisada a existência de intervenções de enfermagem adequadas, como vigilância da ingestão alimentar, monitorização do peso, balanço hídrico registado em cada turno e coordenação regular com a equipa médica e nutricionista da equipa.

2.3 Análise estatística

Os dados foram tratados por análise estatística descritiva através do programa SPSS, de acordo com a natureza das variáveis em estudo. Para as variáveis categóricas, foram calculadas frequências absolutas e relativas. Para as variáveis numéricas, foram utilizados valores mínimo e máximo, média e desvio-padrão. A apresentação dos resultados foi organizada em tabelas e sínteses descritivas, permitindo uma leitura sistematizada da informação recolhida.

2.4 Questões éticas

Na realização deste estudo foram respeitados os princípios éticos fundamentais da investigação em saúde, nomeadamente a autonomia, a confidencialidade, o anonimato e o respeito pela dignidade dos participantes (Council for International Organizations of Medical Sciences, 2016). A participação dos enfermeiros e dos doentes, familiares ou cuidadores informais foi voluntária, após esclarecimento sobre a finalidade do estudo e o tratamento da informação recolhida. Parecer favorável da Comissão de Ética da ULS, com n.º de registo do estudo: 67/2025, a 16/07/2025 (Anexo III).

3. RESULTADOS

De seguida, apresentam-se os dados relativos aos enfermeiros, dando resposta aos objetivos anteriormente definidos. Neste âmbito, pretende-se descrever o conhecimento e a formação dos enfermeiros relativamente às ferramentas de avaliação nutricional em doentes em situação crítica; caracterizar as práticas adotadas na utilização dessas mesmas ferramentas em contexto clínico; identificar as principais barreiras e facilitadores associados à implementação de um protocolo de avaliação do risco nutricional, assim como à aplicação de intervenções de enfermagem ajustadas ao tipo de risco identificado em doentes em situação crítica.

a) Enfermeiros

Caracterização sociodemográfica

Participaram no estudo 32 enfermeiros a exercer funções em unidades de cuidados intensivos maioritariamente do sexo feminino (56,3%), com média de idade de $44,59 \pm 10,47$ anos, com um mínimo de 24 anos e um máximo de 63 anos. A média de anos de exercício profissional nas unidades em estudo foi de $11,07 \pm 10,25$ anos, um valor a oscilar entre um mínimo de 0 (zero) e um máximo de 31 anos. A maioria exercia funções na UCI 1 (56,3%) e 40,6% possuíam especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 34,4% em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e 15,6% outra especialidade.

Conhecimento e formação sobre ferramentas de Avaliação Nutricional

Registou-se reduzida percentagem de enfermeiros com formação na área da avaliação do risco nutricional, pois apenas 15,6% dos participantes referem ter recebido formação neste domínio, enquanto a grande maioria, correspondente a 84,4%, indica não possuir qualquer formação específica. Relativamente ao tipo de formação frequentada, observa-se uma distribuição dispersa, com apenas um enfermeiro a referir cada uma das modalidades identificadas (formação em serviço, formação expositiva, formação na especialidade e *workshop*). No que diz respeito ao tempo decorrido desde a formação, os resultados demonstram igualmente heterogeneidade, ou seja, presença de formações realizadas há 10, 5 e 2 anos, bem como uma referência a formação de curta duração (6 horas) e um participante que não soube indicar o período em que ocorreu. Quanto ao conhecimento das escalas, 43,8% referiram conhecer a NRS- 2002, e a mesma percentagem afirmou conhecer o NUTRIC Score. No entanto, 87,5% consideraram não ter formação suficiente para aplicar estas escalas (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das respostas da amostra quanto ao conhecimento e formação dos enfermeiros sobre ferramentas de avaliação nutricional

Variável	Categoria	Nº	%
Formação em avaliação do risco nutricional	Sim	5	15,6
	Não	27	84,4
Tipo de formação (n=5)	Em serviço	1	3,1
	Formação em serviço	1	3,1
	Formação expositiva	1	3,1
	Na especialidade	1	3,1
	Workshop	1	3,1
Tempo desde a formação (n=5)	10 anos	1	3,1

	2 anos	1	3,1
	5 anos	1	3,1
	6 horas	1	3,1
	Não sabe	1	3,1
Conhecimento sobre a escala NRS-2002	Sim	14	43,8
	Não	18	56,3
Conhecimento sobre a escala NUTRIC Score	Sim	14	43,8
	Não	18	56,3
Formação suficiente para aplicar as escalas	Sim	4	12,5
	Não	28	87,5

Prática de Avaliação Nutricional

Os resultados obtidos evidenciam que a maioria dos enfermeiros não realiza rastreio do risco nutricional nos doentes admitidos na UCI (71,9%), sendo que apenas 28,1% referem fazê-lo. Entre os que realizam rastreio, destaca-se a sua aplicação a todos os doentes (15,6%). Quanto à avaliação do estado nutricional, a opção mais referida corresponde à avaliação clínica subjetiva (46,9%), seguida da utilização de escalas ou ferramentas validadas (25,0%). Relativamente à influência da avaliação nutricional no plano de cuidados, a maioria dos enfermeiros considera que esta influência efetivamente a prática clínica (78,1%), sendo que 18,8% referem uma influência parcial. No que respeita às intervenções de enfermagem, sobressaem as combinações que integram monitorização da ingestão alimentar, adaptação do tipo de dieta e administração de suplementos nutricionais (28,1%), bem como a associação destas intervenções com o encaminhamento para nutricionista (25,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das respostas da amostra quanto às práticas de avaliação nutricional pelos enfermeiros

Variável	Categoria	Nº	%
Realização de rastreio do risco nutricional nos doentes admitidos na UCI	Sim	9	28,1
	Não	23	71,9
Se sim, em que tipo de doentes	Calorimetria	2	6,3
	Com risco disfagia	1	3,1
	Todos	5	15,6
Avaliação do Estado Nutricional	Avaliação clínica subjetiva	15	46,9
	Escalas/ferramentas validadas	8	25,0
	Avaliação clínica + exames laboratoriais + outros	3	9,4
	Avaliação clínica + outros	1	3,1
	Escalas + outros	1	3,1
	Escalas + exames laboratoriais + outros	1	3,1
	Exames laboratoriais	1	3,1
	Outros	2	6,3

Influência da Avaliação Nutricional no Plano de Cuidados	Sim	25	78,1
	Parcialmente	6	18,8
	Não	1	3,1
Intervenções de enfermagem na avaliação do risco nutricional na pessoa em situação crítica	Adaptação/alteração do tipo de dieta + Administração de suplementos nutricionais	1	3,1
	Monitorização da ingestão alimentar + Adaptação/alteração do tipo de dieta	3	9,4
	Monitorização da ingestão alimentar + Adaptação/alteração do tipo de dieta + Administração de suplementos nutricionais	9	28,1
	Monitorização da ingestão alimentar + Adaptação/alteração do tipo de dieta + Administração de suplementos nutricionais + Encaminhamento para nutricionista	8	25,0
	Monitorização da ingestão alimentar + Adaptação/alteração do tipo de dieta + Administração de suplementos nutricionais + Encaminhamento para nutricionista + Outra(s)	1	3,1
	Monitorização da ingestão alimentar + Adaptação/alteração do tipo de dieta + Administração de suplementos nutricionais + Outra(s)	3	9,4
	Monitorização da ingestão alimentar + Administração de suplementos nutricionais	1	3,1
	Monitorização da ingestão alimentar + Encaminhamento para nutricionista	1	3,1
	Monitorização diária do peso + Monitorização da ingestão alimentar + Adaptação/alteração do tipo de dieta	1	3,1
	Monitorização diária do peso + Monitorização da ingestão alimentar + Adaptação/alteração do tipo de dieta + Administração de suplementos nutricionais	2	6,3
	Monitorização diária do peso + Monitorização da ingestão alimentar + Adaptação/alteração do tipo de dieta + Administração de suplementos nutricionais + Encaminhamento para nutricionista	1	3,1
	Outra(s)	1	3,1

Barreiras à implementação do protocolo de avaliação do risco nutricional

A análise dos dados apresentados na Tabela 3 evidencia que o predomínio das barreiras à implementação de um protocolo de avaliação do risco nutricional incide sobretudo na associação entre a falta de formação e a falta de sensibilização da equipa, referida por 21,9% dos participantes. Segue-se a combinação entre a falta de formação, a falta de sensibilização da equipa e a não valorização da avaliação nutricional, com 18,9%. A falta de formação surge ainda de forma isolada em 9,4% das respostas, valor idêntico ao atribuído à não valorização da avaliação nutricional enquanto barreira individual. Outras combinações apresentam valores inferiores, mormente, a associação entre falta de sensibilização da equipa e não valorização da avaliação nutricional (6,3%), bem como diversas combinações que incluem falta de tempo e recursos informáticos inadequados, todas com 3,1%.

Tabela 3 - Distribuição das respostas da amostra quanto à sua opinião quanto às barreiras sobre a implementação de um protocolo de avaliação e implementação de intervenções de enfermagem de acordo com o tipo de risco nutricional em doentes em situação crítica

Variável	Categoria	Nº	%
Barreiras identificadas	Falta de formação	3	9,4
	Falta de formação + Falta de sensibilização da equipa	7	21,9
	Falta de formação + Falta de sensibilização da equipa + Não valorização da avaliação nutricional	6	18,9
	Falta de formação + Falta de sensibilização da equipa + Recursos informáticos inadequados + Não valorização da avaliação nutricional	1	3,1
	Falta de formação + Falta de sensibilização da equipa + Recursos informáticos inadequados + Outro(s)	1	3,1
	Falta de formação + Não valorização da avaliação nutricional	1	3,1
	Falta de formação + Recursos informáticos inadequados	1	3,1
	Falta de sensibilização da equipa	1	3,1
	Falta de sensibilização da equipa + Não valorização da avaliação nutricional	2	6,3
	Falta de tempo + Falta de formação	1	3,1
	Falta de tempo + Falta de formação + Falta de sensibilização da equipa	1	3,1
	Falta de tempo + Falta de formação + Não valorização da avaliação nutricional	1	3,1
	Falta de tempo + Falta de sensibilização da equipa	1	3,1
	Não valorização da avaliação nutricional	3	9,4
	Outro(s)	1	3,1
	Recursos informáticos inadequados + Não valorização da avaliação nutricional	1	3,1

Facilitadores à implementação do protocolo de avaliação do risco nutricional

Quanto aos facilitadores à implementação de um protocolo de avaliação do risco nutricional, constata-se o predomínio de respostas recai na combinação entre a formação contínua, os protocolos/procedimentos de atuação e a sensibilização da equipa multidisciplinar, referida por 53,1% dos participantes. Segue-se a associação entre a formação contínua, os protocolos/procedimentos de atuação, a melhoria do programa informático e a sensibilização da equipa multidisciplinar, com 12,5%. Outras combinações apresentam menor expressão, nomeadamente, a associação entre a formação contínua e os protocolos/procedimentos de atuação (6,3%), bem como os protocolos/procedimentos de atuação isoladamente (6,3%) e a sua combinação com sensibilização da equipa multidisciplinar (6,3%). As restantes opções, que compreendem a formação contínua isolada, a melhoria do sistema informático ou a sensibilização da equipa multidisciplinar de forma independente, apresentam valores residuais (3,1%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das respostas da amostra quanto à sua opinião quanto aos facilitadores sobre a implementação de um protocolo de avaliação e implementação de intervenções de enfermagem de acordo com o tipo de risco nutricional em doentes em situação crítica

Variável	Categoria	n	%
Facilitadores identificados	Formação contínua	1	3,1
	Formação contínua + Melhoria do sistema informático	1	3,1
	Formação contínua + Protocolos/Procedimentos de atuação	2	6,3

Formação contínua + Protocolos/Procedimentos de atuação + Melhoria do programa informático + Sensibilização da equipa multidisciplinar	4	12,5
Formação contínua + Protocolos/Procedimentos de atuação + Melhoria do sistema informático + Sensibilização da equipa multidisciplinar	1	3,1
Formação contínua + Protocolos/Procedimentos de atuação + Sensibilização da equipa multidisciplinar	17	53,1
Protocolos/Procedimentos de atuação	2	6,3
Protocolos/Procedimentos de atuação + Melhoria do sistema informático + Sensibilização da equipa multidisciplinar	1	3,1
Protocolos/Procedimentos de atuação + Sensibilização da equipa multidisciplinar	2	6,3
Sensibilização da equipa multidisciplinar	1	3,1

Impacto da intervenção precoce baseada no risco nutricional

Relativamente ao impacto da intervenção precoce baseada no risco nutricional, evidencia-se que 37,5% dos participantes associam esta intervenção à diminuição de complicações infecciosas, redução do tempo de internamento, melhoria da recuperação funcional e redução da mortalidade. Também se destacam valores de 12,5% nas respostas que associam a intervenção à diminuição de complicações infecciosas, redução do tempo de internamento e melhoria da recuperação funcional, bem como à melhoria da recuperação funcional isoladamente e à redução do tempo de internamento associada à melhoria da recuperação funcional (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das respostas da amostra quanto ao impacto da intervenção precoce baseada no risco nutricional

Variável	Categoria	n	%
Impacto da intervenção precoce	Diminuir complicações infecciosas + Melhorar recuperação funcional	1	3,1
	Diminuir complicações infecciosas + Melhorar recuperação funcional + Reduzir mortalidade	2	6,3
	Diminuir complicações infecciosas + Reduzir tempo de internamento + Melhorar recuperação funcional	4	12,5
	Diminuir complicações infecciosas + Reduzir tempo de internamento + Melhorar recuperação funcional + Outros	1	3,1
	Diminuir complicações infecciosas + Reduzir tempo de internamento + Melhorar recuperação funcional + Reduzir mortalidade	12	37,5
	Diminuir complicações infecciosas + Reduzir tempo de internamento + Melhorar recuperação funcional + Reduzir mortalidade + Aumentar custos hospitalares	1	3,1
	Melhorar recuperação funcional	4	12,5
	Reduzir tempo de internamento + Melhorar recuperação funcional	4	12,5
	Reduzir tempo de internamento + Melhorar recuperação funcional + Outros	1	3,1
	Reduzir tempo de internamento + Melhorar recuperação funcional + Reduzir mortalidade	2	6,3

Opinião sobre o Projeto de Investigação

Relativamente à perceção dos enfermeiros sobre a implementação de um protocolo de intervenções de enfermagem centrado na avaliação do risco nutricional, verifica-se consenso total, com 100,0% dos participantes a considerar que esta medida pode contribuir para a melhoria da evolução clínica da pessoa em situação crítica.

Sugestões

No que diz respeito às sugestões apresentadas pelos participantes, destaca-se que 84,4% não apresentaram qualquer contributo. Entre as respostas obtidas, todas com 3,1%, surgem propostas relacionadas com a necessidade de formação, integração da nutricionista na equipa multidisciplinar, sensibilização dos profissionais para a importância da avaliação nutricional, inclusão desta avaliação como parte integrante da admissão do doente e promoção da literacia, tanto dos profissionais como dos doentes e cuidadores. Também se identifica referência à adequação de práticas alimentares específicas. Estas sugestões apontam para a valorização da formação, da integração multidisciplinar e da estruturação de práticas como elementos facilitadores da melhoria dos cuidados.

b) Doentes

De seguida, apresentam-se os resultados referentes aos doentes, tendo como objetivos caracterizar o perfil sociodemográfico dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos; avaliar os indicadores clínicos e nutricionais associados ao risco nutricional, incluindo índice de massa corporal, perda de peso, ingestão alimentar e gravidade clínica; identificar a prevalência de fatores de risco nutricional nos doentes internados em cuidados intensivos; caracterizar os hábitos alimentares prévios ao internamento, nomeadamente frequência das refeições, ingestão hídrica e restrições alimentares; avaliar a perceção dos doentes relativamente à alteração do seu estado nutricional durante o internamento; identificar os tipos de suporte nutricional utilizados durante o internamento, designadamente via oral, entérica ou parentérica; avaliar o nível de informação fornecida aos doentes sobre a importância da nutrição na sua recuperação; analisar a perceção dos doentes relativamente à atenção da equipa de enfermagem ao seu estado nutricional; avaliar o grau de apoio recebido pelos doentes na alimentação durante o internamento; e identificar o nível de satisfação dos doentes relativamente aos cuidados nutricionais prestados.

Caracterização sociodemográfica

Nos doentes observou-se distribuição equilibrada por sexo, com ligeiro predomínio do sexo masculino (52,2%), média de idade de $69,96 \pm 18,59$ anos, com um mínimo de 19 anos e um máximo de 93 anos, com 52,2% dos participantes do sexo masculino e 47,8% do sexo feminino. No que se refere ao local de internamento, 87,0% dos doentes encontram-se na UCI 2, enquanto 13,0% estão internados na UCI 1.

Indicadores nutricionais associados ao risco nutricional, incluindo IMC, perda de peso, ingestão alimentar e gravidade clínica

A maioria dos doentes não apresenta IMC inferior a 20,5 (73,9%), enquanto 21,7% se enquadram abaixo deste valor. Relativamente à perda de peso nos últimos três meses, 60,9% dos doentes não referem perda ponderal, enquanto 30,4% indicam essa ocorrência. No que diz respeito à ingestão alimentar na última semana, observa-se uma distribuição equivalente entre doentes que referem redução e aqueles que não referem (47,8% em ambos os casos). Quanto à gravidade clínica, 52,2% dos doentes são considerados gravemente doentes, face a 43,5% que não apresentam essa condição. Relativamente aos hábitos alimentares, 56,5% dos doentes realizavam três refeições por dia, enquanto 39,1% referem quatro ou mais refeições. No que concerne à ingestão hídrica, 52,2% indicam consumo superior a 2 litros por dia, seguindo-se 39,1% com ingestão entre 1 e 2 litros. No âmbito das alergias ou restrições alimentares, 47,8% dos doentes não apresentam qualquer restrição, enquanto 30,4% desconhecem essa informação e 21,7% referem a sua existência. Entre as restrições identificadas, destacam-se as relacionadas com leite e derivados (8,7%), surgindo as restantes com menor expressão (Tabela 6)

Tabela 6 - Distribuição das respostas quanto à avaliação nutricional e hábitos alimentares dos doentes

Variável	Categoria	Nº	%
IMC < 20,5	Sim	5	21,7
	Não	17	73,9
	Sem registo	1	4,3
Perda de peso últimos 3 meses	Sim	7	30,4
	Não	14	60,9
	Não sabe	1	4,3
	Sem registo	1	4,3

Redução da ingestão alimentar (última semana)	Sim	11	47,8
	Não	11	47,8
	Sem registo	1	4,3
Doença grave	Sim	12	52,2
	Não	10	43,5
	Sem registo	1	4,3
Número de refeições/dia	3 refeições	13	56,5
	≥ 4 refeições	9	39,1
	Não sabe	1	4,3
Ingestão hídrica diária	> 2L/dia	12	52,2
	1–2L/dia	9	39,1
	< 1L/dia	1	4,3
	Não sabe	1	4,3
Alergias/restrições alimentares	Sim	5	21,7
	Não	11	47,8
	Desconhece	7	30,4
Tipo de alergias/restrições	Leite e derivados	2	8,7
	Ananás	1	4,3
	Arroz e ervilhas	1	4,3
	Marisco	1	4,3
	Sem registo	18	78,3

Perceção dos doentes relativamente à alteração do seu estado nutricional durante o internamento e os tipos de suporte nutricional utilizados durante o internamento (oral, entérico ou parentérico)

Relativamente à perceção do estado nutricional durante o internamento, 34,8% dos doentes consideraram que este piorou, valor idêntico ao dos que referiram perda de peso visível desde a admissão. No momento da recolha, 65,2% encontravam-se sob alimentação oral, enquanto os restantes recorriam a outras formas de suporte nutricional, nomeadamente alimentação por sonda, nutrição entérica ou parentérica, com ou sem suplementação (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das respostas quanto à perceção do estado nutricional atual dos doentes

Variável	Categorias	n	%
Perceção de alteração do estado nutricional	Não se alterou	13	56,5
	Não sei responder	2	8,7
	Sim, piorou	8	34,8

Perda de peso visível desde o internamento	Não	13	56,5
	Não sei	2	8,7
	Sim	8	34,8
Tipo de alimentação atual	Alimentação hospitalar (sonda nasogástrica)	2	8,7
	Alimentação oral	15	65,2
	Alimentação oral, Suplementos nutricionais	2	8,7
	Nutrição entérica (sonda) + suplementos	1	4,3
	Nutrição parentérica (endovenosa)	2	8,7
	Nutrição parentérica + suplementos	1	4,3

Nível de informação fornecida aos doentes sobre a importância da nutrição na sua recuperação, grau de apoio recebido pelos doentes na alimentação durante o internamento e identificar o nível de satisfação dos doentes relativamente aos cuidados nutricionais prestados

A análise dos resultados evidencia que a maioria dos doentes refere não ter recebido informação sobre a importância da nutrição na sua recuperação (73,9%), enquanto 21,7% indicam ter recebido essa informação de forma clara. Relativamente à atenção da equipa de enfermagem ao estado nutricional, 43,5% dos doentes referem que esta ocorre, enquanto 26,1% indicam que acontece apenas algumas vezes. No que diz respeito à ajuda na alimentação, 39,1% dos doentes referem ter recebido apoio, enquanto 21,7% indicam que essa ajuda ocorre apenas algumas vezes (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das respostas da amostra quanto à satisfação com cuidados e comunicação

Variável	Categorias	n	%
Informação sobre a importância da nutrição	Não	17	73,9
	Sim, de forma clara	5	21,7
	Sim, mas com pouca clareza	1	4,3
Atenção da equipa de enfermagem ao estado nutricional	Às vezes	6	26,1
	Não	3	13,0
	Não aplicável (alimentação por sonda/parentérica)	4	17,4
	Sim	10	43,5
Ajuda para se alimentar	Algumas vezes	5	21,7
	Não	3	13,0
	Não aplicável (sonda/nutrição parentérica/entérica)	6	26,1
	Sim	9	39,1

Sugestões dos doentes

Por fim, no que respeita às sugestões dos doentes, 52,2% dos doentes não apresentaram qualquer sugestão ou comentário. Entre as respostas obtidas, destaca-se ainda que 26,1% referem explicitamente não ter sugestões. As restantes respostas, com 4,3% cada, incluem sugestões relacionadas com a melhoria da qualidade da alimentação, mormente sopas mais enriquecidas, comida com mais sabor e maior temperatura dos alimentos, bem como respostas sem crítica aos cuidados prestados.

Resultados após a auditoria

Nas auditorias anteriormente realizadas no serviço, os valores de adesão ao preenchimento da escala NRS-2002 e à realização da avaliação inicial no domínio Nutrição/Digestão situavam-se nos 0%. Estas auditorias eram de natureza interna, conduzidas no próprio serviço e realizadas de forma esporádica pelos elos de ligação do grupo de trabalho da nutrição, evidenciando a ausência de uma prática sistematizada de avaliação do risco nutricional.

Após a implementação da formação em serviço e da uniformização dos procedimentos de registo no sistema BSimple, foi realizada nova auditoria, cujos resultados evidenciaram uma evolução significativa. Verificou-se que, em cinco dos seis processos clínicos analisados, o preenchimento da avaliação inicial no domínio Nutrição/Digestão se encontrava corretamente efetuado, correspondendo a uma taxa de conformidade de 83,3%.

Estes dados demonstram uma melhoria expressiva no cumprimento da avaliação do risco nutricional, bem como no registo de informação clinicamente relevante para a prestação de cuidados de enfermagem. Na maioria dos processos analisados, a escala de avaliação nutricional NRS-2002 encontrava-se devidamente preenchida, reforçando a adesão às boas práticas e a integração desta ferramenta na prática assistencial diária.

Observou-se igualmente uma evolução positiva na avaliação inicial de enfermagem, com inclusão sistemática de fatores essenciais para a identificação precoce do risco nutricional, nomeadamente a redução da ingestão alimentar na última semana e nos últimos três meses, alterações do apetite, restrições alimentares, dificuldades na alimentação, monitorização e registo da ingestão alimentar em cada refeição, bem como a monitorização do peso corporal e do IMC.

No processo não conforme, observou-se ausência e/ou insuficiência de registo de informação relevante para a identificação do risco nutricional, comprometendo a avaliação clínica, a continuidade dos cuidados e a adequada definição de intervenções terapêuticas.

4. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos evidenciam um conjunto de fragilidades estruturais ao nível da avaliação do risco nutricional em contexto de cuidados intensivos, particularmente no que respeita à formação, conhecimento e prática dos enfermeiros. Apesar de se tratar de uma amostra com experiência profissional relevante, verifica-se uma reduzida percentagem de formação específica nesta área, acompanhada por uma perceção generalizada de insuficiência de competências para a aplicação de escalas de avaliação nutricional. Este resultado assume particular relevância, uma vez que a ausência de formação estruturada pode comprometer a utilização consistente de ferramentas validadas e, consequentemente, a identificação precoce do risco nutricional. Estes resultados encontram-se em consonância com a literatura recente, que evidencia que a insuficiente formação dos profissionais de saúde constitui uma das principais barreiras à implementação sistemática do rastreio nutricional em contexto clínico (Mogensen et al., 2023; Reber et al., 2021). Neste contexto, a implementação de uma intervenção formativa dirigida à equipa de enfermagem revelou-se pertinente e em conformidade com as necessidades identificadas. A formação procurou colmatar lacunas ao nível do conhecimento técnico e promover a sensibilização para a importância da avaliação nutricional precoce na evolução clínica da pessoa em situação crítica. Este investimento formativo assumiu-se como um elemento facilitador de mudança, um contributo para a valorização desta dimensão dos cuidados e para a adoção de práticas mais estruturadas, tal como descrito por estudos que demonstram que programas de formação aumentam a adesão ao rastreio nutricional e melhoram a qualidade dos cuidados prestados (Mogensen et al., 2023; Reber et al., 2021).

No domínio do conhecimento, observa-se que menos de metade dos enfermeiros refere conhecer escalas como a NRS-2002 ou o NUTRIC Score, sendo ainda mais expressiva a percentagem daqueles que consideram não possuir formação suficiente para a sua aplicação. Esta realidade poderá justificar o facto de a avaliação nutricional assentar maioritariamente numa abordagem clínica subjetiva, em detrimento de métodos estruturados e baseados na evidência. Assim, evidencia-se uma discrepância entre o conhecimento teórico disponível e a sua transposição para a prática clínica, situação também descrita na literatura (Domenech Briz et al., 2024; Narayan e Gudivada, 2020).

Relativamente às práticas de avaliação nutricional, os dados indicam que a maioria dos enfermeiros não realiza rastreio sistemático do risco nutricional na admissão dos doentes, o que contraria as recomendações internacionais que defendem a avaliação precoce como elemento central na gestão da pessoa em situação crítica. Ainda que os profissionais reconheçam a influência da avaliação nutricional no plano de cuidados, a sua aplicação não se encontra devidamente sistematizada, o que reforça a discrepância entre a importância atribuída e a sua aplicação efetiva no contexto clínico. Esta realidade pode relacionar-se com a exigência assistencial das unidades de cuidados intensivos, onde a estabilização clínica imediata assume prioridade, relegando a avaliação nutricional para um plano secundário (McClave et al., 2025).

No que concerne às intervenções de enfermagem, verifica-se maior incidência de estratégias relacionadas com a monitorização da ingestão alimentar, adaptação do tipo de dieta e administração de suplementos nutricionais, frequentemente associadas ao encaminhamento para nutricionista. Contudo, estas intervenções surgem de forma pouco estruturada e nem sempre enquadradas num protocolo formal, o que pode limitar a sua eficácia e consistência. A valorização da avaliação subjetiva pode ainda refletir hábitos instalados e menor familiaridade com instrumentos validados. No estudo de revisão sistemática da literatura de Fang et al. (2025), as estratégias mais utilizadas pelos

enfermeiros para monitorizarem a ingestão alimentar foram a realização de auditorias com fornecimento de *feedback* e a promoção de sessões formativas. A adoção e a fidelidade à concretização de tais intervenções foram os resultados mais frequentemente avaliados (27 em 30 estudos, correspondendo a 90%), tendo 22 estudos (81,5%) apresentado resultados positivos. Em quatro dos cinco estudos (80,0%) que avaliaram a satisfação dos doentes, verificaram-se melhorias associadas às estratégias implementadas.

As barreiras identificadas pelos enfermeiros reforçam a importância da avaliação do risco nutricional precoce em contexto de cuidados de nível II e III, com destaque para as seguintes barreiras: a insuficiente formação, a limitada sensibilização das equipas e a desvalorização da avaliação nutricional, o que evidencia constrangimentos de natureza individual, organizacional e cultural que condicionam a adoção consistente de práticas baseadas na evidência. Estes resultados estão em conformidade com o estudo de Taipa-Mendes et al. (2021), o qual, no contexto dos hospitais públicos portugueses, identificou como principais obstáculos à implementação eficaz da triagem nutricional a escassez de recursos humanos, a insuficiência de equipamentos e o défice de conhecimento relativamente ao papel e impacto da identificação precoce da desnutrição. Acresce que, apesar da obrigatoriedade da avaliação do risco nutricional no Serviço Nacional de Saúde desde 2019, persistem dificuldades na sua operacionalização, o que demonstra a existência de lacunas estruturais e a necessidade de reforço organizacional. Não obstante, o mesmo estudo (Taipa-Mendes et al., 2021) evidencia uma evolução positiva na prática clínica, traduzida no aumento significativo da proporção de doentes submetidos a triagem nutricional após a integração deste procedimento nos sistemas de registo clínico eletrónico, bem como na identificação de uma prevalência expressiva de risco nutricional, o que reforça a relevância desta avaliação na melhoria da qualidade dos cuidados. Por sua vez, os facilitadores identificados, sobretudo a formação contínua, a existência de protocolos estruturados, a integração da triagem nos sistemas informáticos e a articulação multidisciplinar eficaz, assumem particular relevância, segundo os participantes do presente estudo, o que corrobora os resultados do estudo de Taipa-Mendes et al. (2021). Estes fatores evidenciam que a capacitação dos profissionais de saúde, aliada a estratégias organizacionais consistentes, constitui um elemento determinante para a uniformização de procedimentos, para a consolidação de práticas baseadas na evidência e para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC.

Na sequência da intervenção formativa realizada, procedeu-se à realização de uma auditoria, cujos resultados evidenciam que, em cinco dos seis processos clínicos analisados, o preenchimento da avaliação inicial no domínio Nutrição/Digestão se encontrava corretamente efetuado, correspondendo a uma taxa de conformidade de 83,3%. Estes resultados revelam uma melhoria expressiva face às auditorias anteriormente realizadas no serviço, nas quais os níveis de adesão ao preenchimento da escala NRS 2002 e à realização da avaliação inicial no referido domínio se situavam nos 0%. De igual modo, também se observou uma melhoria na avaliação inicial de enfermagem, ou seja, passou a haver o registo sistemático dos hábitos alimentares do doente, a ingestão hídrica, as alterações do apetite, as dificuldades na alimentação e outros dados pertinentes para a identificação precoce de risco nutricional. Estes resultados patenteiam uma maior sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da avaliação nutricional precoce e reforçam o impacto positivo da adoção de práticas mais estruturadas e baseadas na evidência, que se traduzem na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como indicam que a formação, quando realizada em contexto de serviço e orientada para a prática, pode contribuir de forma efetiva para a transformação dos cuidados e para a uniformização de procedimentos. Importa ainda salientar que os enfermeiros atribuem elevada importância à avaliação nutricional precoce, reconhecem o seu impacto positivo na redução de complicações infecciosas, diminuição do tempo de internamento, melhoria da recuperação funcional e redução da mortalidade. Este reconhecimento traduz-se igualmente num consenso total relativamente ao contributo da implementação de um protocolo estruturado para a melhoria da evolução clínica da PSC, o que demonstra abertura à mudança e à valorização desta área de cuidados. De igual modo, Fang et al. (2025) constaram que a falta de conhecimento e de sensibilização dos profissionais de saúde relativamente às orientações nutricionais, bem como a limitação de recursos disponíveis, constituíram as barreiras mais frequentemente referidas. Bakshi et al. (2024) também reforçam que os défices de conhecimento e de recursos disponíveis constituem barreiras centrais à implementação de intervenções nutricionais na PSC. A utilização de estratégias de implementação associa-se a melhorias ao nível da execução das práticas, da organização dos serviços e dos resultados nos doentes. Entre as estratégias mais relevantes destacaram-se a formação, a auditoria com *feedback* e a identificação de barreiras e facilitadores, como ocorreu no presente estudo. Importa salientar que o simples preenchimento do campo não garante, por si só, a qualidade da avaliação, sendo fundamental que o registo reflita de forma clara e objetiva o real estado nutricional do doente. Os resultados obtidos, após a auditoria, revelaram uma boa adesão da equipa de enfermagem ao registo da avaliação nutricional inicial, embora permanecesse uma margem para melhoria no sentido da uniformização dos critérios de preenchimento e da valorização clínica deste parâmetro. A identificação precoce do risco nutricional constitui, assim, um elemento essencial na prevenção de complicações, na promoção da recuperação e na melhoria dos resultados em saúde, o que vai ao encontro de outras evidências (Bakshi et al., 2024; Fang et al., 2025; Macedo, 2021; Taipa-Mendes et al., 2021).

Na prática clínica em contexto de pessoas internadas em contexto de cuidados de nível II e III, a avaliação nutricional é muito importante para a identificação precoce de doentes com desnutrição ou em risco elevado de a desenvolver, quer

em consequência da sua condição clínica, quer dos tratamentos instituídos, bem como possibilita a definição de uma intervenção nutricional ajustada. Neste sentido, constitui um instrumento essencial para determinar quais os doentes que necessitam de vigilância, acompanhamento e suporte nutricional adequados (Macedo, 2021). A caracterização do estado nutricional baseia-se em diferentes métodos de avaliação, sobretudo a história clínica, o exame físico, a antropometria e os parâmetros laboratoriais, entre outros. Para além de possibilitar a deteção da desnutrição, esta avaliação possibilita igualmente a sua classificação em termos de gravidade e a recolha de informação relevante para a orientação terapêutica (Kroc et al., 2021). Neste contexto, a formação em serviço revela-se determinante para o desenvolvimento e consolidação de competências dos profissionais de saúde e promover uma aplicação mais sistemática e rigorosa da avaliação nutricional (Macedo, 2021; Kroc et al., 2021). O reforço contínuo de conhecimentos, aliado à prática clínica, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para uma intervenção mais precoce e eficaz junto da PSC.

No que respeita aos doentes, os resultados evidenciam fragilidades significativas ao nível da documentação clínica, com elevada ausência de registos necessários à aplicação de escalas como o NUTRIC Score. Esta lacuna limita a avaliação objetiva do risco nutricional e compromete a monitorização sistemática do estado nutricional. Ainda assim, identificam-se fatores de risco relevantes, nomeadamente perda de peso, redução da ingestão alimentar e presença de doença grave, o que reforça a necessidade de uma atuação mais sistemática e precoce.

Na globalidade, os resultados acompanham a evidência que tem salientado a elevada vulnerabilidade nutricional da pessoa em situação crítica e a importância do rastreio precoce (Domenech-Briz et al., 2023; Bakshi et al., 2024). Também se verificam concordâncias com estudos que demonstram que, apesar da relevância reconhecida da nutrição em contexto crítico, a sua avaliação permanece pouco sistematizada em diversos contextos clínicos (Moghaddam et al., 2024; Thibault et al., 2023; Li et al., 2024). Neste sentido, os dados corroboram Chavarro et al. (2025), ao evidenciar que o risco nutricional é frequentemente subdiagnosticado e que a utilização de instrumentos validados permite uma identificação mais oportuna e objetiva. De igual modo, os resultados relativos à perda de peso, à redução da ingestão alimentar e ao baixo índice de massa corporal mostram coerência com Fukushima et al. (2025), que destacam a influência de fatores clínicos e metabólicos no aumento do risco de desnutrição na pessoa em situação crítica.

Os hábitos alimentares prévios revelam alguma adequação, nomeadamente no número de refeições e ingestão hídrica. Contudo, coexistem fatores que podem agravar o risco nutricional durante o internamento. A perceção dos doentes relativamente ao seu estado nutricional indica a presença de alterações, abrangendo a perda de peso e o agravamento do estado nutricional em parte da amostra, o que reforça a importância de uma vigilância contínua.

Neste contexto, importa salientar que a desnutrição constitui um problema relevante em ambiente hospitalar, particularmente em unidades de cuidados intensivos, associando-se ao aumento do tempo de internamento, maior morbilidade e mortalidade. Torna-se, assim, essencial a utilização de ferramentas validadas para o rastreio do risco nutricional, entre as quais se destaca a NRS-2002, que permite a avaliação dos doentes com base em parâmetros como perda de peso recente, redução da ingestão alimentar, índice de massa corporal, gravidade da doença e idade. Pontuações mais elevadas nesta escala associam-se a piores resultados clínicos.

Neste âmbito, o estudo de Stephenson et al. (2023) analisou a relação entre os componentes da escala NRS, Nutritional Score (NS) e Severity of Disease Score (SDS), e o tempo de internamento, bem como a mortalidade hospitalar. Os resultados, baseados na análise de 21,855 episódios de internamento, demonstraram que o aumento do Nutritional Score se associa a um acréscimo do tempo de internamento entre 5,5% e 12,3% por cada ponto adicional, dependendo do grupo de diagnóstico. De forma semelhante, o aumento de um ponto no Severity of Disease Score associa-se a um incremento do tempo de internamento entre 2,2% e 11,3%. Relativamente à mortalidade hospitalar, verifica-se um aumento de 44,1% por cada ponto adicional no Nutritional Score e de 73% por cada ponto adicional no Severity of Disease Score. Estes resultados corroboram os achados do presente estudo, ao evidenciarem que o agravamento do risco nutricional se associa a piores resultados clínicos, reforçando a importância da sua avaliação precoce e sistemática.

A ASPEN recomenda a realização de rastreio nutricional em doentes internados em unidades de cuidados intensivos, sugerindo a utilização de instrumentos como o NRS-2002 e o NUTRIC. A este propósito, o estudo de Kemmerich (2020) teve como finalidade avaliar a capacidade preditiva destas duas ferramentas relativamente à mortalidade em doentes críticos. Para tal, foi desenvolvido um estudo de coorte retrospectivo em duas unidades de cuidados intensivos de hospitais localizados no sul do Brasil, incluindo doentes adultos com idade superior a 18 anos e com tempo de internamento superior a 24 horas. A análise incidiu na capacidade das escalas NUTRIC e NRS-2002 em prever desfechos como a mortalidade em unidade de cuidados intensivos e a mortalidade hospitalar até 28 dias. A amostra integrou 406 doentes, com predominância do sexo masculino. Verificou-se que a classificação de alto risco nutricional foi mais frequente quando aplicada a escala NUTRIC, apresentando associação significativa com a mortalidade nos dois centros analisados. Globalmente, ambas as ferramentas demonstraram associação estatisticamente significativa com a mortalidade, com valores de *p* iguais ou inferiores a 0,004. Contudo, a escala NUTRIC apresentou valores de risco relativo superiores, sugerindo maior capacidade discriminativa na identificação de doentes com pior prognóstico. Estes resultados corroboram igualmente os achados do presente estudo, ao reforçarem a relevância das ferramentas de avaliação nutricional na predição de desfechos clínicos adversos.

No âmbito da experiência do doente, destaca-se a insuficiente informação fornecida sobre a importância da nutrição na recuperação, bem como níveis moderados de atenção por parte da equipa de enfermagem e apoio na alimentação. Estes resultados evidenciam a necessidade de reforçar a comunicação e a educação para a saúde, reconhecendo o papel ativo do doente no processo de recuperação (Moisey et al., 2022). O facto de a maioria dos doentes não ter recebido informação, apesar de parte referir atenção ao estado nutricional, pode indicar que existem cuidados prestados nesta área que não são devidamente comunicados ou percebidos.

As sugestões apresentadas pelos doentes centram-se essencialmente na melhoria da qualidade alimentar, nomeadamente ao nível do sabor, enriquecimento e temperatura dos alimentos, refletindo a importância da dimensão nutricional na perceção global dos cuidados.

No plano prático, os resultados apresentam implicações relevantes para a Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Evidenciam a necessidade de reforçar a formação dos enfermeiros em avaliação nutricional e promover maior familiaridade com a escala NRS-2002. A continuidade de estratégias formativas, associadas à auditoria e monitorização da prática, poderá consolidar as melhorias observadas, promover a uniformização dos cuidados e fortalecer a integração da avaliação nutricional como componente essencial da prática clínica.

Entre as limitações do estudo, destacam-se a realização numa única unidade, o reduzido número de participantes e a existência de respostas omissas em algumas variáveis dos doentes, o que limita a generalização dos resultados e exige prudência na sua interpretação. Acresce que o estudo incide sobretudo no diagnóstico situacional e na fundamentação da intervenção, não permitindo avaliar de forma sustentada o impacto a longo prazo da implementação da NRS-2002.

Em termos de perspetivas futuras, revela-se pertinente avaliar o impacto da implementação da NRS-2002 após um período mais prolongado, comparar a adesão antes e após a intervenção e analisar a relação entre o rastreio nutricional e os resultados clínicos dos doentes. Importa igualmente aprofundar a perceção dos profissionais sobre as dificuldades na aplicação da escala e explorar de forma mais detalhada a experiência dos doentes, mormente no que respeita à informação recebida e ao apoio na alimentação.

Como sugestões práticas emergentes deste estudo, realça-se que a definição de intervenções de enfermagem deverá resultar da identificação do risco de compromisso da ingestão nutricional, de forma a permitir uma abordagem diferenciada e ajustada ao nível de risco identificado. Assim, nos doentes sem risco ou com baixo risco nutricional, recomenda-se a reavaliação através da aplicação da escala NRS-2002 no após sete dias, de acordo com a prática habitual em contexto de internamento. Nos casos de risco moderado, a reavaliação deverá ocorrer ao fim de três dias, enquanto nos doentes com risco elevado se justifica uma supervisão mais rigorosa, com avaliação diária. Nestes doentes, considera-se pertinente a avaliação das necessidades energéticas através de métodos mais precisos, como a calorimetria indireta, especificamente em contexto de cuidados intensivos. O controlo do peso é também primordial em todos os níveis de risco, sendo facilitada pelos recursos existentes na unidade, nomeadamente as balanças convencionais e os equipamentos de elevação com sistema integrado de pesagem nas unidades intermédias, bem como as camas com monitorização de peso nas UCI. Com base na determinação das necessidades calóricas diárias, torna-se condição *sine qua non* proceder ao ajuste do plano nutricional, o qual poderá incluir alterações no tipo de alimentação, na via de administração e, sempre que necessário, na prescrição de suplementos nutricionais. Esta prática de cuidados possibilitará uma intervenção mais precoce e eficaz, um contributo para a melhoria do estado nutricional e, consequentemente, para melhores resultados clínicos da PSC.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar fragilidades importantes na avaliação do risco nutricional em cuidados intensivos e intermédios, tanto nas práticas dos enfermeiros, como na experiência dos doentes. Entre os principais resultados, salientaram-se a reduzida formação específica dos profissionais, a baixa utilização do rastreio nutricional na admissão e o recurso frequente à avaliação clínica subjetiva. Nos doentes, verificaram-se indicadores que evidenciam a importância da vigilância nutricional precoce, como baixo IMC, perda de peso recente e diminuição da ingestão alimentar.

Perante o objetivo principal, o estudo sustentou a pertinência da implementação da NRS-2002 em doentes de nível II e III, bem como da sua integração mais estruturada como instrumento inicial de rastreio do risco nutricional. Os resultados mostraram ainda a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para a importância deste risco e para a monitorização e registo da ingestão alimentar da pessoa em situação crítica. Assim, o trabalho contribuiu para fundamentar a mudança proposta e identificar áreas prioritárias de melhoria na prática clínica.

O estudo acrescenta evidência útil para a enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, ao mostrar que a avaliação nutricional ainda necessita de maior sistematização, formação e valorização na prática. Em termos aplicados, os resultados podem apoiar a definição de protocolos, a formação em serviço e a integração mais consistente da NRS-2002 nos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bakshi, N., Khurana, A., & Ferozi, S. (2024). Nutrition Screening and Assessment among Critically Ill Patients. In *Nutrition During Intensive Care*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1007337>
- Cattani, A., Eckert, I. C., Brito, J. E., Tartari, R. F., & Silva, F. M. (2020). Nutritional risk in critically ill patients: how it is assessed, its prevalence and prognostic value: a systematic review. *Nutrition Reviews*, 78(12), 1052–1068. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa031>
- Chavarro, B. C., Romero-Saldaña, M., Assis Reveiz, J. K., & Molina-Recio, G. (2025). Impact of nutritional screening on mortality and intensive care unit length of stay. *Frontiers in Nutrition*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1474039>
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans* (4th ed.). CIOMS. <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>
- Domenech-Briz, V., Gea-Caballero, V., Czaplá, M., Chover-Sierra, E., Juárez-Vela, R., Santolalla Arnedo, I., Villanueva-Blasco, V. J., Sánchez-González, J. L., & Martínez-Sabater, A. (2023). Importance of nutritional assessment tools in the critically ill patient: A systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1073782>
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T. S., Erku, D., Wolka, E., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research*, 24(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- Fukushima, R., Compher, C. W., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C., McKeever, L., Nakamura, K., Lee, Z. Y., Patel, J. J., Singer, P., Stoppe, C., Ayala, J. C., Barazzoni, R., Berger, M. M., Cederholm, T., Chittawatanarat, K., Cotoia, A., Lopez-Delgado, J. C., Earthman, C. P., Elke, G., ... Uyar, M. (2025). Recognizing malnutrition in adults with critical illness: Guidance statements from the Global Leadership Initiative on Malnutrition. *Clinical Nutrition*, 49, 202–208. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2025.03.011>
- Guo, J., Jin, Z., Cheng, Y., Su, J., Li, Z., & Jin, Z. (2022). Effect of Early Nutritional Assessment and Nutritional Support on Immune Function and Clinical Prognosis of Critically Ill Children. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2022/7100238>
- Ilkowski, J., Guzik, P., Kaluźniak-Szymanowska, A., Rzymiski, P., Chudek, J., & Wieczorowska-Tobis, K. (2025). Nutritional Risk Score (NRS-2002) as a Predictor of In-Hospital Mortality in COVID-19 Patients: A Retrospective Single-Center Cohort Study. *Nutrients*, 17(7), 1278. <https://doi.org/10.3390/nu17071278>
- Kemmerich, A. D. S. (2020). *Validade preditiva das ferramentas NRS-2002 e NUTRIC score em pacientes críticos*. Porto Alegre. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1222560>
- Li, Y., Wang, Y., Chen, B., Zhang, Z., & Zhang, D. (2024). Research and exploration of quality control indicators for nutritional therapy in critically ill patients—a multicenter before-and-after controlled study. *Frontiers in Nutrition*, 11. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1359409>
- Lopes, R. P. L., de Sousa Oliveira, M., da Costa, R. M., Costa, F. A., Duarte, A. C. S., de Souza Abreu, V., & da Mata, D. L. (2022). Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes críticos. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago*, 8, 1-14. <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2022.V8.80013>
- McClave, S. A., Omer, E. M., Lowen, C. C., & Martindale, R. G. (2025). The challenge of integrating a diagnosis of malnutrition in the practical application of nutrition care in the intensive care unit. *Nutrition in Clinical Practice*, 40(1), 26–33. <https://doi.org/10.1002/ncp.11260>
- Mogensen, K. M., Malone, A., Becker, P., & Academy of Nutrition and Dietetics Malnutrition Workgroup. (2023). *Nutrition screening and assessment in hospitalized patients: Barriers and opportunities*. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 47(1), 15–25. <https://doi.org/10.1002/jpen.2350>
- Moghaddam, O. M., Emam, M. H., Irandoost, P., Hejazi, M., Iraj, Z., Yazdanpanah, L., Mirhosseini, S. F., Mollajan, A., & Lahiji, M. N. (2024). Relation between nutritional status on clinical outcomes of critically ill patients: emphasizing nutritional screening tools in a prospective cohort investigation. *BMC Nutrition*, 10(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s40795-024-00869-3>
- Moisey, L. L., Merriweather, J. L., & Drover, J. W. (2022). The role of nutrition rehabilitation in the recovery of survivors of critical illness: underrecognized and underappreciated. *Critical Care*, 26(1), 270. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04143-5>

- Narayan, S. K., & Gudivada, K. K. (2020). Assessment of Nutritional Status in the Critically Ill. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(S4), S152–S156. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23617>
- Osooli, F., Abbas, S., Farsaei, S., & Adibi, P. (2019). Identifying Critically Ill Patients at Risk of Malnutrition and Underfeeding: A Prospective Study at an Academic Hospital. *Advanced Pharmaceutical Bulletin*, 9(2), 314–320. <https://doi.org/10.15171/apb.2019.037>
- Rabito, E. I., Marcadenti, A., da Silva Fink, J., Figueira, L., & Silva, F. M. (2017). Nutritional Risk Screening 2002, Short Nutritional Assessment Questionnaire, Malnutrition Screening Tool, and Malnutrition Universal Screening Tool Are Good Predictors of Nutrition Risk in an Emergency Service. *Nutrition in Clinical Practice*, 32(4), 526–532. <https://doi.org/10.1177/0884533617692527>
- Reber, E., Gomes, F., Bally, L., Schuetz, P., & Stanga, Z. (2021). *Nutritional risk screening and assessment in hospitalized patients: A systematic review of current practice*. *Clinical Nutrition*, 40(5), 3021–3031. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.12.027>
- Reber, E., Gomes, F., Vasiloglou, M. F., Schuetz, P., & Stanga, Z. (2019). Nutritional Risk Screening and Assessment. *Journal of Clinical Medicine*, 8(7), 1065. <https://doi.org/10.3390/jcm8071065>
- Reignier, J., Rice, T. W., Arabi, Y. M., & Casaer, M. (2025). Nutritional Support in the ICU. *BMJ*, e077979. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077979>
- Robinson, D., Walker, R., Adams, S. C., et al. (2018). *American Society for Parenteral and Nutrition (A.S.P.E.N.) definition of terms, enteral style, and conventions used in A.S.P.E.N.* Board of Directors–approved documents. https://www.nutritioncare.org/uploadedFiles/Documents/Guidelines_and_Clinical.
- Serón-Arbeloa, C., Labarta-Monzón, L., Puzo-Foncillas, J., Mallor-Bonet, T., Lafita-López, A., Bueno-Vidales, N., & Montoro-Huguet, M. (2022). *Malnutrition Screening and Assessment*. *Nutrients*, 14(12), 2392. <https://doi.org/10.3390/nu14122392>
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A. R. H., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1), 48–79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>
- Stephenson, S. S., Guligowska, A., Cieślak-Skubel, A., Wójcik, A., Kravchenko, G., Kostka, T., & Sołtysik, B. K. (2023). *The relationship between nutritional risk and the most common chronic diseases in hospitalized geriatric population from Central Poland*. *Nutrients*, 15(7), 1612. <https://doi.org/10.3390/nu15071612>
- Thibault, R., Bear, D. E., Fischer, A., Montejo-González, J. C., Hiesmayr, M., Tamási, P., Uyar, M., de Waele, E., Weber-Carstens, S., & Singer, P. (2023). Implementation of the ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit (ICU): It is time to move forward! *Clinical Nutrition ESPEN*, 57, 318–330. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.06.033>
- Weldeyohanes, M., Debebe, Z., & Abebe, Z. (2026). Nutritional status and clinical outcomes in the intensive care unit: A global systematic review and meta-analysis. *Metabolism Open*, 29, 100450. <https://doi.org/10.1016/j.metop.2026.100450>

4. CONCLUSÃO

A elaboração do presente Relatório Final permitiu desenvolver uma análise crítica e reflexiva do percurso realizado no âmbito do MEMC-EPSC, que compreendeu duas dimensões complementares e indissociáveis: por um lado, o desenvolvimento de competências clínicas especializadas em diferentes contextos de estágio; por outro lado, a valorização da investigação/ação como instrumento de melhoria da qualidade dos cuidados.

No decorrer deste processo, tornou-se manifesto que a prestação de cuidados à PSC/família/cuidador requiere o domínio técnico e a capacidade de observação contínua, raciocínio clínico diferenciado, tomada de decisão em tempo oportuno, comunicação terapêutica, sensibilidade ética e integração da melhor evidência científica disponível na prática.

Assim, a título conclusivo, a Parte I do relatório permitiu analisar o contributo dos diferentes contextos de estágio, SUG, UCI e contexto extra-hospitalar, no que concerne ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Apesar de as diferenças organizacionais e de prática de cuidados, todos os contextos se revelaram fundamentais para a construção de uma visão integrada do cuidado, que requereu continuamente na articulação entre os níveis de cuidados ao longo do *continuum* da prática de cuidados.

No SUG, destacou-se a relevância da avaliação rápida, da definição de prioridades e da capacidade de intervenção imediata perante situações de instabilidade. Na UCI, sobressaiu a necessidade de uma vigilância avançada, suportada na interpretação rigorosa de dados clínicos e na antecipação de complicações. No contexto extra-hospitalar, evidenciou-se a exigência de atuação em ambientes não controlados, com necessidade de decisões rápidas, elevada autonomia e capacidade de adaptação. Em todos os contextos formativos, foi reforçada a posição de centralidade do enfermeiro especialista na segurança dos cuidados, na gestão de situações complexas e na articulação com a equipa multidisciplinar, bem como na comunicação com a PSC e a família/cuidador, sobretudo em momentos de maior vulnerabilidade. Relativamente às competências comuns, destacou-se a sua transversalidade, mormente ao nível da responsabilidade ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências revelaram-se essenciais para uma prática segura, reflexiva e orientada para a excelência. No domínio das competências específicas, confirmou-se a importância de uma intervenção altamente qualificada no cuidado à PSC e a família/cuidador, o que implicou uma contínua integração das dimensões técnicas, relacionais e emocionais. A gestão da dor, do desconforto e do sofrimento, assim como o apoio à família/cuidador, assumiram particular valor, reforçando a necessidade de uma abordagem humanizada e centrada na pessoa.

A Parte II do relatório evidenciou a importância da avaliação do risco nutricional como componente essencial da qualidade dos cuidados. A implementação da escala NRS 2002 constituiu uma estratégia pertinente para a melhoria das práticas, ao promover uma abordagem mais sistemática, segura e fundamentada. Este projeto reforçou o papel do enfermeiro especialista na identificação precoce de necessidades, na prevenção de complicações e na articulação com a equipa multidisciplinar.

Do ponto de vista institucional, este trabalho constitui também um contributo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, ao introduzir indicadores objetivos de monitorização da prática clínica e ao demonstrar a relevância da auditoria como instrumento de avaliação e supervisão das intervenções implementadas. Finalmente, o desenvolvimento deste projeto reforçou o papel do enfermeiro especialista enquanto agente promotor da mudança, da liderança clínica e da prática baseada na evidência, evidenciando a sua capacidade para identificar necessidades, implementar estratégias de melhoria e produzir ganhos

efetivos em saúde. Desta forma, o estudo ultrapassa a dimensão exclusivamente académica, assumindo relevância prática, assistencial e institucional, com potencial de replicação noutros contextos de cuidados intensivos.

No cômputo geral, este percurso formativo representou uma evolução significativa, uma vez que possibilitou a consolidação de conhecimentos, o desenvolvimento de competências avançadas e a construção de uma identidade profissional mais autónoma, crítica e consciente. A integração dos diferentes contextos de estágio e do projeto de investigação/ação evidenciou o papel primordial do enfermeiro especialista na resposta à complexidade clínica, na promoção da segurança e na humanização dos cuidados. Por conseguinte, este documento reflete um percurso exigente e profundamente enriquecedor, que contribuiu para o aprofundamento da compreensão do cuidado especializado à PSC e a família/cuidador. Ficou reforçada a convicção de que a excelência em enfermagem resulta da articulação entre o conhecimento técnico, o pensamento crítico, o rigor na ação e uma prática centrada na pessoa, ética e cientificamente fundamentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2021). *Organização dos serviços de urgência hospitalar em Portugal*. ACSS.
- Afenigus, A. D., & Sinshaw, M. A. (2025). Ethical dilemmas and decision-making in emergency and critical care nursing in Western Amhara region, Northwest Ethiopia: a multi-method qualitative study. *BMC Nursing*, 24(1), 295. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02958-5>
- Alenezi, A. A. H., Alenezi, T. H. A., Alanazi, A. M. R., Alshammari, H. N. H., Alrashidi, T. M. H., Alenazi, Y. T. S., ... Alasmari, S. M. A. (2024). Impact of simulation-based emergency training for physicians, nurses, health assistants, and emergency medical technicians on team performance and clinical outcomes. *International Journal of Clinical and Experimental Sciences and Engineering*, 10(4), 4072–4083.
- Allegranzi, B., Kilpatrick, C., Storr, J., Kelley, E., Park, B. J., Donaldson, L., & Pittet, D. (2022). Global infection prevention and control priorities 2018–2022: A call for action. *The Lancet Global Health*, 10(3), e389–e392. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00506-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00506-0)
- Al-Harhi, F., Al-Noumani, H., Matua, G. A., Al-Abri, H., & Joseph, A. (2025). Nurses' compliance to ventilator-associated pneumonia prevention bundle and its effect on patient outcomes in intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 30(3). <https://doi.org/10.1111/nicc.70043>
- American Heart Association. (2023). *2023 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care*. AHA.
- Amorim, R., Silva, M., & Pereira, A. (2025). Clinical education in advanced nursing practice: Development of critical thinking and professional autonomy in intensive care contexts. *Journal of Nursing Education and Practice*, 15(2), 45–53.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>
- Apuleo, A. L. Z. (2025). *O papel do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de emergência*. *Periódicos LATTICE*, 2(4), 1-27. <https://doi.org/10.70579/pl.v2i4.113>

- Azevedo-Santos, I. F., & DeSantana, J. M. (2018). Pain measurement techniques: Spotlight on mechanically ventilated patients. *Journal of Pain Research*, 11, 2969–2980. <https://doi.org/10.2147/JPR.S151169>
- Bakshi, N., Khurana, A., & Ferozi, S. (2024). Nutrition Screening and Assessment among Critically Ill Patients. In *Nutrition During Intensive Care*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1007337>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem* (2.ª ed). Coimbra: Quarteto. ISBN: 989-558-052-5.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2021). *Educating nurses: A call for radical transformation* (Updated ed.). Jossey-Bass.
- Bezerra Salvador, F. W., Vieira, J. E. B. A., & Lopes e Silva, M. R. (2025). Avaliação da dor em pacientes sob cuidado intensivo: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 14(1), e2314147985. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i1.47985>
- Blot, S., Ruppé, E., Harbarth, S., Asehnoune, K., Poulakou, G., Luyt, C.-E., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martin-Loeches, I., Pova, P., Bouadma, L., Timsit, J.-F., & Zahar, J.-R. (2022). Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103227. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103227>
- Bolayir, B., Arik, G., Yeşil, Y., Kuyumcu, M. E., Varan, H. D., Kara, Ö., Güngör, A. E., Yavuz, B. B., Cankurtaran, M., & Halil, M. G. (2019). Validation of Nutritional Risk Screening-2002 in a hospitalized adult population. *Nutrition in Clinical Practice*, 34(2), 297–303. <https://doi.org/10.1002/ncp.10082>
- Bruinink, L. J., Linders, M., de Boode, W. P., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2024). The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes. *Resuscitation Plus*, 20, 100763. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100763>
- Cabete, D., da Fonte, C., de Matos, M., Patrica, H., Silva, A., & Silva, V. (2019). Emotional support to the family of the critically ill patient: nursing interventions. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº 20), 129–138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Cattani, A., Eckert, I. C., Brito, J. E., Tartari, R. F., & Silva, F. M. (2020). Nutritional risk in critically ill patients: how it is assessed, its prevalence and prognostic value: a systematic review. *Nutrition Reviews*, 78(12), 1052–1068. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa031>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi>
- Chavarro, B. C., Romero-Saldaña, M., Assis Reveiz, J. K., & Molina-Recio, G. (2025). Impact of nutritional screening on mortality and intensive care unit length of stay. *Frontiers in Nutrition*, 12, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1474039>
- Checa-Checa, A., Medina-Maldonado, V., Ramírez, A., & Rodríguez Díez, J. (2025). Family Support Strategies During Intensive Care Unit: A Systematic Review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 62, 1-13. <https://doi.org/10.1177/00469580251368654>

- Chen, Y., Yang, K., Marušić, A., Qaseem, A., Meerpohl, J. J., Flottorp, S., et al. (2017). A reporting tool for practice guidelines in health care: The RIGHT statement. *Annals of Internal Medicine*, 166(2), 128-132. <https://doi.org/10.7326/M16-1565>
- Cicolo, E. A., Nishi, F. A., Peres, H. H. C., & Cruz, D. de A. L. M. da. (2020). Effectiveness of the Manchester Triage System on time to treatment in the emergency department: a systematic review. *JBISIRIR*, 18(1), 56–73. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003825>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). *Evidence-based safe nurse staffing* [Posição oficial]. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/PS_C_%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_1.pdf
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans* (4th ed.). CIOMS. <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.
- Cruz-Sánchez, J. J., Gutiérrez-Moguel, N. v., Rendón-Rodríguez, R., & Alvarado-Luis, G. (2020). Importancia de la evaluación y terapia nutricional en pacientes críticos y no críticos con COVID-19. *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición*, 7(4), 1–9. <https://doi.org/10.24875/RME.20000066>
- Curtis, J. R., Kentish-Barnes, N., Brumback, L. C., Nielsen, E. L., Pollak, K. I., Treece, P. D., Hudson, L., Garzio, G., Im, J., Weiner, B. J., Khandelwal, N., Resche-Rigon, M., Azoulay, E., & Engelberg, R. A. (2021). Facilitating communication for critically ill patients and their family members: Study protocol for two randomized trials implemented in the U.S. and France. *Contemporary Clinical Trials*, 107, 106465. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106465>
- de León Oliva, B., Rodríguez Gómez, J. Á., & Rodríguez Novo, N. (2025). Difficulties in communicating between nurses and relatives of patients admitted to intensive care units: A scoping review. *Nursing in Critical Care*, 30(5), e70148. <https://doi.org/10.1111/nicc.70148>
- de Vries, M. C., Koekkoek, W. K., Opdam, M. H., van Blokland, D., & van Zanten, A. R. (2018). Nutritional assessment of critically ill patients: Validation of the modified NUTRIC score. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72(3), 428-435. <https://doi.org/10.1038/s41430-017-0008-7>
- Doménech Briz, V., Gea-Caballero, V., Chover-Sierra, E., Czaplá, M., Fehler, P., Rodríguez-Calvo, A., Ballestar-Tarín, M. L., Marín-Maicas, P., Cabellos-García, A. C., Pardo-Bosch, M., Juárez-Vela, R., & Martínez-Sabater, A. (2024). Knowledge Level of ICU Nurses Regarding Nutritional Assessment of Critically Ill Patients: A Systematic Review. *Nursing Reports*, 14(1), 586–602. <https://doi.org/10.3390/nursrep14010045>
- Domenech-Briz, V., Gea-Caballero, V., Czaplá, M., Chover-Sierra, E., Juárez-Vela, R., Santolalla Arnedo, I., Villanueva-Blasco, V. J., Sánchez-González, J. L., & Martínez-Sabater, A. (2023). Importance of nutritional assessment tools in the critically ill patient: A systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1073782>
- Dudley, A., Churaman, B., & Sadighi, T. (2025). Disaster Simulation in a Nursing Program: The Importance of Cultivating Resiliency. *Journal of Nursing Education*, 64(4), 239–242. <https://doi.org/10.3928/01484834-20241121-04>

- Edmond, M. B., & Wenzel, R. P. (2015). Infection Prevention in the Health Care Setting. In *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases* (pp. 3286-3293.e1). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-4801-3.00300-3>
- Elmi, A. H. (2025). *Nurses' roles in prevention and control of antimicrobial resistance: A narrative review*. Journal of Nursing Reports in Clinical Practice. <https://doi.org/10.32598/JNRCP.2506.1288>
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T. S., Erku, D., Wolka, E., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research*, 24(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- European Resuscitation Council. (2021). *European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2021*. Resuscitation Council.
- Fager, O., Hindsberg, U., Johansson, A., Axelsson, C., & Hagiwara, M. A. (2024). Assessing clinical reasoning and decision-making in Swedish prehospital emergency care: A mixed methods study. *Simulation in Healthcare*. <https://doi.org/10.1177/15553434241266894>
- Farhat, H., Aifa, K. el, Alinier, G., Nashwan, A., Gangaram, P., Khadhraoui, M., Al-Shaikh, L., Gargouri, I., & Laughton, J. (2023). Understanding patient non-transport decision theories in the pre-hospital setting: a narrative review. *International Journal of Emergency Medicine*, 16(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12245-023-00528-7>
- Freitas, J., Pereira, R., Carita, G., & Pimentel, A. (2025). *Processos de tomada de decisão por parte do enfermeiro em contexto de pessoa em situação crítica: Uma revisão narrativa da literatura*. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESS CVP Lisboa*, 17, 40–46.
- Freitas, P., & Terrasêca, M. (2013). Aprendizagem e avaliação em ensino clínico: A teoria dos três mundos. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, 4(2), 36–47. <http://www.ugr.es/~jett/index.php>
- Fukushima, R., Compher, C. W., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C., McKeever, L., Nakamura, K., Lee, Z. Y., Patel, J. J., Singer, P., Stoppe, C., Ayala, J. C., Barazzoni, R., Berger, M. M., Cederholm, T., Chittawatanarat, K., Cotoia, A., Lopez-Delgado, J. C., Earthman, C. P., Elke, G., ... Uyar, M. (2025). Recognizing malnutrition in adults with critical illness: Guidance statements from the Global Leadership Initiative on Malnutrition. *Clinical Nutrition*, 49, 202–208. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2025.03.011>
- Glarcher, M., & Vaismoradi, M. (2025). A systematic integrative review of specialized nurses' role to establish a culture of patient safety: A modelling perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 81(9), 5248–5263. <https://doi.org/10.1111/jan.16105>
- Guan, X., Chen, D., Xu, Y., & Chinese Society of Critical Care Medicine. (2024). *Clinical practice guidelines for nutritional assessment and monitoring of adult ICU patients in China*. *Journal of Intensive Medicine*, 4(2), 137–159. <https://doi.org/10.1016/j.jointm.2023.12.002>
- Guo, J., Jin, Z., Cheng, Y., Su, J., Li, Z., & Jin, Z. (2022). Effect of Early Nutritional Assessment and Nutritional Support on Immune Function and Clinical Prognosis of Critically Ill Children. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2022/7100238>

- Hwang, D. Y., Oczkowski, S. J. W., Lewis, K., et al. (2025). *Society of Critical Care Medicine guidelines on family-centered care for adult ICUs: 2024*. *Critical Care Medicine*, 53(2), e465–e482. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006237>
- Hughes, R. G. (2008). Nurses at the “sharp end” of patient care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2672/#:~:text=What%20Is%20It%20Going%20To,to%20err,ors%20and%20adverse%20events.&text=From%20a%20systems%20approach%2C%20avoidable,and%20the%20goal%20of%20improvement.>
- Hwang, D. Y., Oczkowski, S. J. W., Lewis, K., et al. (2025). *Society of Critical Care Medicine guidelines on family-centered care for adult ICUs: 2024*. *Critical Care Medicine*, 53(2), e465–e482. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006237>
- Ilkowski, J., Guzik, P., Kaluźniak-Szymanowska, A., Rzymiski, P., Chudek, J., & Wieczorowska-Tobis, K. (2025). Nutritional Risk Score (NRS-2002) as a Predictor of In-Hospital Mortality in COVID-19 Patients: A Retrospective Single-Center Cohort Study. *Nutrients*, 17(7), 1278. <https://doi.org/10.3390/nu17071278>
- INEM. (2023). *Sistema Integrado de Emergência Médica: Estrutura e funcionamento*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Abordagem clínica VMER/SIV*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/03/Orienta%C3%A7%C3%A3o-T%C3%A9cnica-DEM-03-2020-atualizada-a-23MAR2020-Abordagem-Cl%C3%ADnica-VMER-SIV.pdf>
- Ishida, J., & Kato, A. (2023). Recent advances in the nutritional screening, assessment, and treatment of Japanese patients on hemodialysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(6), 2113. <https://doi.org/10.3390/jcm12062113>
- Jin, Y., Maimaitiming, M., Li, J., van Hoving, D. J., & Yuan, B. (2023). Coordination of care to improve outcomes of emergency medical services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015316>
- Kafazi, A., Apostolopoulou, E., Andreou, E., Gavala, A., Stefanidis, E., Antwniadou, F., Stylianou, C., Katsoulas, T., & Myrianthefs, P. (2025). Device-Associated Infections in Adult Intensive Care Units: A Prospective Surveillance Study. *Acta Microbiologica Hellenica*, 70(2), 15. <https://doi.org/10.3390/amh70020015>
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., et al. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22, 415–421.
- Kondrup, J., Rasmussen, H. H., Hamberg, O., & Stanga, Z. (2003). Nutritional risk screening (NRS 2002): A new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, 22(3), 321–336. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(02\)00214-5](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(02)00214-5)
- Kubde, D., Badge, A. K., Ugemuge, S., & Shahu, S. (2023). Importance of Hospital Infection Control. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.50931>
- Li, Y., Wang, Y., Chen, B., Zhang, Z., & Zhang, D. (2024). Research and exploration of quality control indicators for nutritional therapy in critically ill patients—a multicenter before-and-after controlled study. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1359409>

- Lebel, V., & Charette, S. (2021). Nursing interventions to reduce stress in families of critical care patients: An integrative review. *Critical Care Nurse*, 41(1), 32–44. <https://doi.org/10.4037/ccn2021188>
- Lopes, R. P. L., de Sousa Oliveira, M., da Costa, R. M., Costa, F. A., Duarte, A. C. S., de Souza Abreu, V., & da Mata, D. L. (2022). Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes críticos. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago*, 8, 1-14. <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2022.V8.80013>
- Macedo, E. M. (2021). *Risco nutricional na pessoa em situação crítica numa unidade de neurocríticos* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho Escola Superior de Enfermagem]. RepositóriUM. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/77213/1/Eduardo%20Semanas%20Macedo.pdf>
- Maciel, L. R. M. de A., Franzosi, O. S., Nunes, D. S. L., Loss, S. H., dos Reis, A. M., Rubin, B. de A., & Vieira, S. R. (2019). Nutritional Risk Screening 2002 Cut-Off to Identify High-Risk Is a Good Predictor of ICU Mortality in Critically Ill Patients. *Nutrition in Clinical Practice*, 34(1), 137–141. <https://doi.org/10.1002/ncp.10185>
- Marques, D. A. G. (2018). *O papel do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados* [Relatório de estágio, Universidade Católica Portuguesa]. Universidade Católica Portuguesa.
- McClave, S. A., Omer, E. M., Lowen, C. C., & Martindale, R. G. (2025). The challenge of integrating a diagnosis of malnutrition in the practical application of nutrition care in the intensive care unit. *Nutrition in Clinical Practice*, 40(1), 26–33. <https://doi.org/10.1002/ncp.11260>
- Medioli, F., Franceschini, E., Mussini, C., & Meschiari, M. (2025). Update on infection prevention in the ICU. *Current Opinion in Critical Care*, 31(5), 529–538. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000001313>
- Meleis, A. (2021). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (2nd ed.). Springer.
- Ministério da Saúde. (2023). *Reorganização das Unidades Locais de Saúde em Portugal*. Governo de Portugal.
- Moghaddam, O. M., Emam, M. H., Irandoost, P., Hejazi, M., Iraj, Z., Yazdanpanah, L., Mirhosseini, S. F., Mollajan, A., & Lahiji, M. N. (2024). Relation between nutritional status on clinical outcomes of critically ill patients: emphasizing nutritional screening tools in a prospective cohort investigation. *BMC Nutrition*, 10(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s40795-024-00869-3>
- Moisey, L. L., Merriweather, J. L., & Drover, J. W. (2022). The role of nutrition rehabilitation in the recovery of survivors of critical illness: underrecognized and underappreciated. *Critical Care*, 26(1), 270. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04143-5>
- Nacu, A.-G., Constantin, D.-A., & Rogozea, L. M. (2025). Ethical dilemmas and legal responsibilities in patient care: An analysis of hospital safety. *Healthcare*, 13(21), 2800. <https://doi.org/10.3390/healthcare13212800>
- Ndile, M. L., Charles, S., & Lukumay, G. (2025). Barriers to effective communication among nurses and family members of patients admitted to the intensive care unit at Muhimbili National Hospital in Dar es Salaam: A descriptive qualitative study. *PLOS ONE*, 20(9), e0330374. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0330374>

- Nitro, M., Romano, R., Marletta, G., Sollami, A., La Sala, R., Artioli, G., & Sarli, L. (2021). The safety of care focused on patient identity: An observational study. *Acta Biomedica*, 92(S2), e2021038. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11328>
- Narayan, S. K., & Gudivada, K. K. (2020). Assessment of Nutritional Status in the Critically Ill. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(S4), S152–S156. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23617>
- Ordem dos Enfermeiros (2023, maio 28). *Os enfermeiros e o seu desenvolvimento profissional*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29482/28_05_2023-21911-p%C3%A1gina-1-geral.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018: 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(135), 19359–19365. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série(26), 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2023, 11 de setembro). *Patient safety*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organização Mundial da Saúde. (2024). *Global report on infection prevention and control 2024*. WHO. [https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986#:~:text=Download%20\(9%20MB\)-,Overview,a%20high%20return%20on%20investment](https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986#:~:text=Download%20(9%20MB)-,Overview,a%20high%20return%20on%20investment)
- Osooli, F., Abbas, S., Farsaei, S., & Adibi, P. (2019). Identifying Critically Ill Patients at Risk of Malnutrition and Underfeeding: A Prospective Study at an Academic Hospital. *Advanced Pharmaceutical Bulletin*, 9(2), 314–320. <https://doi.org/10.15171/apb.2019.037>
- Paterson, L. A., & Maritz, J. E. (2024). Nurses' experiences of the family's role in end-of-life care. *Health SA Gesondheid*, 29, 1-10. <https://doi.org/10.4102/hsag.v29i0.2565>
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: Protocolo de scoping review. *RevSALUS - Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(1), 1-7. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Puntillo, K. A., Benoit, D. D., Curtis, J. R., Nelson, J. E., & Truog, R. D. (2022). Family-centered care in the ICU: Supporting families at the end of life. *Critical Care Medicine*, 50(5), 764–773. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005365>
- Rabiais, I., & Sousa Mestre, R. (2026). Critical care nursing for people at risk of organ failure: a literature review for advanced practice. *Nursing Depths Series*, 5, 430. <https://doi.org/10.56294/nds2026430>
- Rabito, E. I., Marcadenti, A., da Silva Fink, J., Figueira, L., & Silva, F. M. (2017). Nutritional Risk Screening 2002, Short Nutritional Assessment Questionnaire, Malnutrition Screening Tool, and Malnutrition Universal Screening Tool Are Good Predictors of Nutrition Risk in an Emergency Service. *Nutrition in Clinical Practice*, 32(4), 526–532. <https://doi.org/10.1177/0884533617692527>

- Ramos, M., Brandão, A. L., Graever, L., & Campo, C. E. A. (2021). Melhoria contínua da qualidade: Uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipas de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 16(43), 1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2736](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2736)
- Reber, E., Gomes, F., Vasiloglou, M. F., Schuetz, P., & Stanga, Z. (2019). Nutritional Risk Screening and Assessment. *Journal of Clinical Medicine*, 8(7), 1065. <https://doi.org/10.3390/jcm8071065>
- Reignier, J., Rice, T. W., Arabi, Y. M., & Casaer, M. (2025). Nutritional Support in the ICU. *BMJ*, 387, 1-19. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077979>
- Rivard, P. E., Rosen, A. K., & Carroll, J. S. (2006). Enhancing Patient Safety through Organizational Learning: Are Patient Safety Indicators a Step in the Right Direction? *Health Services Research*, 41(4p2), 1633–1653. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00569.x>
- Robinson, D., Walker, R., Adams, S. C., et al. (2018). *American Society for Parenteral and Nutrition (A.S.P.E.N.) definition of terms, enteral style, and conventions used in A.S.P.E.N. Board of Directors–approved documents*. https://www.nutritioncare.org/uploadedFiles/Documents/Guidelines_and_Clinical.
- Saharuddin, S., Nurachmah, E., Masfuri, M., Gayatri, D., Kimin, A., Sakti, M., Saidi, S. B., & Yona, S. (2025). Exploring Clinical Decision-Making Competencies of Emergency Nurses in Trauma Care in Indonesia: Qualitative Study. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 9, e74282–e74282. <https://doi.org/10.2196/74282>
- Santos, A., Rodrigues, N., Tomás, J., Rabiais, I., Sousa, L., & José, H. (2025). Intervenção do enfermeiro especialista nos cuidados centrados na pessoa e na família. *RevSALUS - Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 7(SupII), 32–33. <https://doi.org/10.51126/ef9qgk26>
- Santos, F., Oliveira, P., & Gomes, R. (2022). Prehospital emergency care and advanced nursing practice in critical situations. *Journal of Emergency Nursing*, 48(5), 579–587.
- Serón-Arbeloa, C., Labarta-Monzón, L., Puzo-Foncillas, J., Mallor-Bonet, T., Lafita-López, A., Bueno-Vidales, N., & Montoro-Huguet, M. (2022). Malnutrition Screening and Assessment. *Nutrients*, 14(12), 2392. <https://doi.org/10.3390/nu14122392>
- Serviços de Documentação do IPL. (2013). *Guia para a Elaboração de Referências Bibliográficas Normas APA*. <http://www.ipleiria.pt/sdoc/wpcontent/uploads/sites/10/2015/05/Referencias-APA.pdf>
- ShamsiKhani, S., Hosseini, M., Safarabadi, M., & Jadidi, A. (2026). The sources and effects of moral distress on nursing performance in emergency departments; a review of literature. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 24, 100947. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2025.100947>
- Shao, Y., Lai, Q. C., Duan, Q., Ge, P., & Ye, L. (2022). Nutritional indices at admission are associated with mortality rates of patients in the intensive care unit. *European Journal of Clinical Nutrition*, 76(4), 557–563. <https://doi.org/10.1038/s41430-021-00994-3>
- Silva, P., & Gonçalves, R. (2021). Clinical reasoning and decision-making in advanced nursing practice: Implications for critical care. *Nurse Education Today*, 97, 104689.

- Silva, R., & Carvalho, M. (2022). Integrated care models and healthcare organisation: Implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 128, 104179.
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A. R. H., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1), 48-79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>
- Souza, J. P. de, Vermeulen-Serpa, K. M., Lopes, M. M. G. D., Vale, S. H. de L., & Leite-Lais, L. (2023). Risk assessment and nutritional prognosis of clinical outcome in critically ill patients. *ABCS Health Sciences*, 48, e023233. <https://doi.org/10.7322/abcshs.2021164.1875>
- Souza, R., Carvalho, M., & Lopes, S. (2020). Reflective clinical practice in nursing education: Contributions to professional development. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 17(1), 1–9.
- Tadros, E. M., Al-Akash, H. Y., Ababneh, A., Kawafha, M., Al-Kouri, O. A., Al-Ghabeesh, S. H., Saleh, Z. T., Ayoub, A. Y., & Saifan, A. R. (2025). Voices from the intensive care unit: A qualitative study on communication between family members and nurses. *Applied Nursing Research*, 85, 151991. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2025.151991>
- Teitelbaum, D., Guenter, P., Howell, W. H., Kochevar, M. E., Roth, J., & Seidner, D. L. (2005). Definition of terms, style, and conventions used in A.S.P.E.N. Guidelines and standards. *Nutrition in Clinical Practice*, 20(2), 281-285. <https://doi.org/10.1177/0115426505020002281>
- Thibault, R., Bear, D. E., Fischer, A., Montejo-González, J. C., Hiesmayr, M., Tamási, P., Uyar, M., de Waele, E., Weber-Carstens, S., & Singer, P. (2023). Implementation of the ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit (ICU): It is time to move forward! *Clinical Nutrition ESPEN*, 57, 318–330. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.06.033>
- Thind, A., Hsia, R., Mabweijano, J., Hicks, E. R., Zakariah, A., & Mock, C. N. (2015). Prehospital and emergency care. In H. T. Debas, P. Donkor, A. Gawande, D. Jamison, M. Kruk, & C. Mock (Eds.), *Essential surgery: Disease control priorities* (3rd ed., Vol. 1). The World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0346-8_ch14
- Valente, J., Rodrigues, A., & Costa, P. (2022). Intensive care organisation and multidisciplinary teamwork in critical care units. *Critical Care Nursing Quarterly*, 45(4), 354–362.
- Välimäki, M., Hu, S., Lantta, T., Hipp, K., Varpula, J., Chen, J., Liu, G., Tang, Y., Chen, W., & Li, X. (2024). The impact of evidence-based nursing leadership in healthcare settings: A mixed methods systematic review. *BMC Nursing*, 23(1), 452. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02096-4>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª Edição Revista e Aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.
- Wang, X., Liu, Y., Peng, Z., Li, B., Liang, Q., Liao, S., & Liu, M. (2024). Situational leadership theory in nursing management: a scoping review. *BMC Nursing*, 23(1), 930. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02582-9>
- Weatherford, E., Grauer, A., Sirochinsky, C., Lehman, I.-F., Thummala, N., Callahan, M., Sittig, D. F., Singh, H., Salmasian, H., Jurgens, M., & Adelman, J. S. (2026). Developing updated and new guidance to promote reliable patient identification. *JAMIA Open*, 9(1), 1-7. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooaf160>

- Weldeyohanes, M., Debebe, Z., & Abebe, Z. (2026). Nutritional status and clinical outcomes in the intensive care unit: A global systematic review and meta-analysis. *Metabolism Open*, 29, 100450. <https://doi.org/10.1016/j.metop.2026.100450>
- Wright, K. M. (2021). *Exploring the therapeutic relationship in nursing theory and practice*. Mental Health Practice. <https://doi.org/10.7748/mhp.2021.e1561>
- Xiao, Q., Li, X., Duan, B., Li, X., Liu, S., Xu, B., Shi, S., Zhang, J., Qin, H., Duan, X., & Pu, Y. (2022). Clinical significance of controlling nutritional status score (CONUT) in evaluating the outcome of postoperative patients with gastric cancer. *Scientific Reports*, 12(1), 93. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04128-4>
- Yang, L., Zhou, W., Gao, Y., Wu, T., Zhang, H., & Gan, X. (2024). Development and validation of the missed intensive nursing care scale. *BMC Nursing*, 23(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01805-3>
- Yee, A. (2023). Clinical decision-making in the intensive care unit: A concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 77, 103430. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103430>

ANEXOS

ANEXO I - NUTRITIONAL RISK SREENING (NRS 2002)

NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS-2002)

Tabela 1*

Rastreio inicial

		SIM	NÃO
1	O IMC é < 20,5?		
2	O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?		
3	O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?		
4	O doente está gravemente doente? (p.e. em terapêutica intensiva)		

SIM: Se a resposta for "Sim" em qualquer questão, efetuar o rastreio da Tabela 2.

NÃO: Se a resposta for "Não" para todas as questões, o doente é novamente rastreado em intervalos semanais. Se o doente p.e. tem uma cirurgia 'major' programada, é considerado preventivamente um plano de cuidados nutricionais que evite o risco associado.

*Nota do tradutor: de acordo com a publicação original (2003), a Tabela 1 poderá ser aplicada em serviços/unidades de internamento onde previsivelmente a prevalência de risco nutricional seja baixa.

Tabela 2

Rastreio final

DETERIORAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL			GRAVIDADE DE DOENÇA (= AUMENTO DAS NECESSIDADES)		
Ausente	pontuação 0	Estado nutricional normal	Ausente	pontuação 0	Necessidades nutricionais normais
Ligeira	pontuação 1	Perda de peso > 5% em 3 meses OU Ingestão alimentar abaixo de 50-75% das necessidades na semana anterior	Ligeira	pontuação 1	Fratura da anca*, Doentes crónicos, em particular com complicações agudas: cirrose*, DPOC*, Hemodiálise crónica, diabetes, oncologia.
Moderada	pontuação 2	Perda de peso > 5% em 2 meses OU IMC 18,5-20,5 + deterioração do estado geral OU Ingestão alimentar 25-60% das necessidades na semana anterior	Moderada	pontuação 2	Cirurgia abdominal 'major'*, AVC*, Pneumonia grave, malignidade hematológica
Grave	pontuação 3	Perda de peso > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) OU IMC < 18,5 + deterioração do estado geral OU Ingestão alimentar 0-25% das necessidades na semana anterior	Grave	pontuação 3	Lesão craneoencefálica*, Transplante de medula óssea*, Doentes de cuidados intensivos (APACHE > 10)
Pontuação		+	Pontuação		= Pontuação total:
Idade		se ≥ 70 anos: adicionar 1 à pontuação total anterior	Idade		= pontuação ajustada para a idade:

Pontuação ≥ 3: o doente está em risco nutricional e é iniciado um plano de cuidados nutricionais

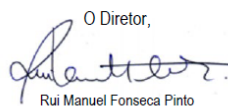
Pontuação < 3: repetir rastreio semanalmente. Se o doente p.e. tem uma cirurgia 'major' programada, é considerado preventivamente um plano de cuidados nutricionais que evite o risco associado.

**ANEXO II – CERTIFICADO DE COMISSÃO ORGANIZADORA NAS
“JORNADAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE E EXCEÇÃO”, DA ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE LEIRIA**



CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Maria Rodrigues Alexandrino** integrou a comissão organizadora das Jornadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: *Situações de Catástrofe e Exceção*, realizadas no dia 27 de setembro de 2025, das 9h00 às 17h00, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,

Rui Manuel Fonseca Pinto

ANEXO III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA

IMPRESSO

Parecer da Comissão de Ética

Código: IMP.COMET.01

Edição: 5

Revisão: 2

Parecer nº: 49/2025

Data: 2025/07/14

Assunto: Estudo nº 67/2025 – “Risco Nutricional em Doentes de Nível 1 e 2”

**Membros da CE da
ULSCBEIRA:**

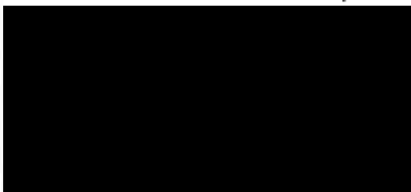
Exma. Senhora Investigadora:
Joana Maria Rodrigues Alexandrino

**Prof. Doutor Manuel Passos
Morgado**
(Presidente,
Farmacêutico)

A Comissão de Ética da [REDACTED] em reunião realizada
em 205/07/11 deliberou emitir parecer relativamente ao Estudo nº 67/2025 – “Risco
Nutricional em Doentes de Nível 1 e 2”.

**Dra. Ana Paula Torgal
Carreira**
(Vice-Presidente, Assistente
Social)

Membros da Comissão de Ética presentes:



**Dra. Ana Catarina Ramos
Sequeira**
(Médica)

Dra. Ana Rita Guedes Serra
(Psicóloga)

Parecer:
Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir
parecer favorável à sua realização.

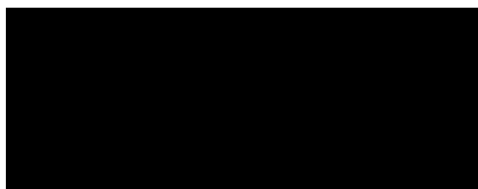
**Enfª. Arminda Maria
Mateus Pinto**
(Enfermeira)

Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do
Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados
(EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção
de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e
proteção de dados.

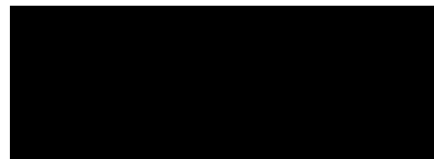
**Dr. Luís Manuel Carreira
Fiadeiro**
(Jurista)

Dr. António Luciano Costa
(Teólogo)

A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho
de Administração da ULSCBEIRA e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.



ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO



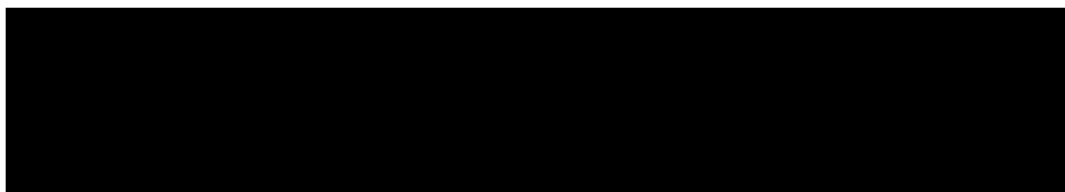
Em resposta ao pedido de autorização de acesso de dados clínicos para o estudo nº **67/2025** “Risco Nutricional em Doentes de Nível 1 e 2” a realizar na [REDACTED] informo que, dado se tratar de um projeto de investigação com a obrigatoriedade de consentimento livre e informado por todos os intervenientes, não carece de autorização da RAI.

Os intervenientes no processo comprometem-se a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Data: 16/07/2025

EPD - Encarregada de Proteção de Dados

RAI – Responsável de Acesso à Informação



Doentes: Dados Sociodemográficos: idade, género, doente, familiar, cuidador informal.

Dados de Saúde: Escala NUTRIC Score (doente nível1) internamento na UCI1 / UCI2, comorbilidades, dias de internamento antes da admissão à UCI.

Escala NRS 2002 (doentes nível 2) IMC, peso, comorbilidades.

Dados comportamentais: hábitos alimentares, perceção do estado nutricional atual, satisfação com Cuidados e Comunicação.

Enfermeiros: Dados Sociodemográficos: idade, género, tempo de exercício profissional, especialidade de enfermagem, local de trabalho atual.

Outros: conhecimento e formação sobre ferramentas de avaliação nutricional, prática de avaliação nutricional, barreiras e facilitadores, perceção da importância.

ANEXO V – CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO - ENFERMEIROS

IMPRESSO

Consentimento livre e informado

Código: IMP.CINVEST.18

Edição: 4

Revisão: 2

Joana Maria Rodrigues Alexandrino, a frequentar o Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria, está a realizar um trabalho de investigação, orientado pela Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, docente na referida escola, subordinado ao tema "Risco Nutricional em Doentes de Nível 1 e 2".

Objetivos do trabalho de investigação: avaliar o risco nutricional dos doentes internados em cuidados intensivos (nível 1) e internados em cuidados intermédios (nível 2); analisar o conhecimento, formação e intervenções realizadas pelos enfermeiros, para avaliar e intervir na prevenção do risco nutricional do doente internado em cuidados intensivos (nível 1) e internado em cuidados intermédios (nível 2); identificar, na opinião dos enfermeiros, quais as intervenções que devem ser realizadas em doentes internados em cuidados intensivos (nível 1) e internado em cuidados intermédios (nível 2), para prevenir o risco nutricional; definir, validar e implementar um protocolo de intervenções de enfermagem, em doentes de nível 1 e 2, para prevenir o risco nutricional.

Para a realização deste estudo vem solicitar a sua participação na resposta a um questionário constituído por perguntas sociodemográficas, profissionais e questões relativas à avaliação e intervenções de enfermagem em doentes de nível 1 e 2.

Critérios de inclusão: Enfermeiros a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) 1 e 2.

Critérios de exclusão: Enfermeiros da UCI 1 e 2, que recusem a participação no estudo.

A sua participação é voluntária, anónima e confidencial sendo que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização. Não serão fornecidas quaisquer compensações da sua participação.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pela [REDACTED].

O estudo irá decorrer durante 7 meses e para além da sua participação e a fim de dar resposta ao 1º objetivo, irão ser colhidos dados aos doentes.

Não estão previstos Risco nem Benefício da sua participação. Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Nº aproximado de participantes: 30 participantes.

Contacto para esclarecimento de dúvidas: [REDACTED]

Consentimento Informado – Investigador/a

Ao assinar esta página, o investigador/a está a confirmar o seguinte:

* Entregou esta informação;

IMPRESSO

Consentimento livre e informado

Código: IMP.CINVEST.18

Edição: 4

Revisão: 2

- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Investigador/a (Legível)

Assinatura do Investigador

Data

___ / ___ / ___

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr.(a) leu e compreendeu todas as informações deste consentimento, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador/a uma explicação, tendo este/a esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr.(a) recebeu uma cópia desta deste consentimento, para o manter consigo.

Nome do/a Participante (legível)

Representante Legal (legível)

BI / CC _____

BI / CC _____

(Assinatura do Participante)

(Assinatura do Representante Legal

___ / ___ / ___ Data

ANEXO VI – CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO - DOENTES

IMPRESSO

Consentimento livre e informado

Código: IMP.CINVEST.18

Edição: 4

Revisão: 2

Joana Maria Rodrigues Alexandrino, a frequentar o Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria, está a realizar um trabalho de investigação, orientado pela Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, docente na referida escola, subordinado ao tema “Risco Nutricional em Doentes de Nível 1 e 2”.

Objetivos do trabalho de investigação: avaliar o risco nutricional dos doentes internados em cuidados intensivos (nível 1) e internados em cuidados intermédios (nível 2).

Para a realização deste estudo, vem solicitar a sua participação na resposta a uma entrevista, constituída por perguntas sociodemográficas, pessoais, relacionadas com hábitos alimentares, restrições e alergias alimentares e perguntas relacionadas com os cuidados de enfermagem relacionados com a ingestão nutricional durante o internamento, com o objetivo de identificar doentes com potencial risco de desnutrição e precocemente implementar intervenções nesse sentido. Caso o doente não tenha capacidade para responder às questões colocadas, as mesmas serão realizadas ao familiar e/ou cuidador informal.

Critérios de inclusão: Doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) 1 e 2.

Critérios de exclusão: Doentes que recusem a participação no estudo.

A sua participação é voluntária, anónima e confidencial sendo que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Não serão fornecidas quaisquer compensações da sua participação.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pela ULS COVA DA BEIRA.

O estudo irá decorrer durante 6 meses e para além da sua participação irão ser colhidos dados aos doentes.

Não estão previstos Risco nem Benefício da sua participação. Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Nº aproximado de participantes: 30 participantes.

Contacto para esclarecimento de dúvidas:

Consentimento Informado – Investigador/a

Ao assinar esta página, o investigador/a está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

IMPRESSO

Consentimento livre e informado

Código: IMP.CINVEST.18

Edição: 4

Revisão: 2

Nome do Investigador/a (Legível)

Assinatura do Investigador

Data

___/___/___

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr.(a) leu e compreendeu todas as informações deste consentimento, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador/a uma explicação, tendo este/a esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr.(a) recebeu uma cópia desta deste consentimento, para o manter consigo.

Nome do/a Participante (legível)

Representante Legal (legível)

BI / CC _____

BI / CC _____

(Assinatura do Participante)

(Assinatura do Representante Legal)

___/___/___

Data

APÊNDICES

APÊNDICE I – APRESENTAÇÃO DE TRABALHO “A PRÁTICA SIMULADA E O *DEBRIEFING* NA MELHORIA DO DESEMPENHO DE EQUIPAS”

A PRÁTICA SIMULADA NA MELHORIA DO DESEMPENHO DE EQUIPAS

SERVIÇO DE URGÊNCIA



Enf.^a Joana Alexandrino

Fevereiro, 2025



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COVA DA BEIRA

Definição de Urgência e Emergência

Urgência » Situações clínicas de instalação súbita com risco de falência de funções vitais

Emergência » Situações clínicas de instalação súbita com compromisso de uma ou mais funções vitais

Exigência de múltiplas competências específicas individuais e de grupo, pensamento crítico e ação atempada, para uma resposta com qualidade, segurança, eficácia e eficiência.

Envolvimento e Abordagem



O Papel do Enfermeiro

Desempenho do Enfermeiro em Urgência

Conhecimento teórico fundamentado e aplicação prática eficaz

Papel de destaque em diferentes momentos de atuação

Exercício clínico específico com competências de avaliação e resolução



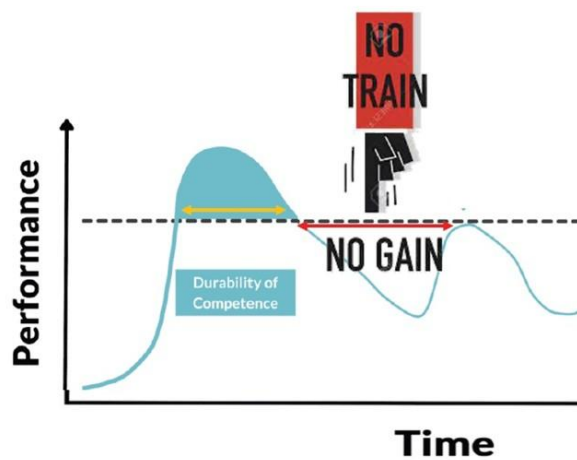
O Papel do Enfermeiro

Desempenho do Enfermeiro em Urgência

Conhecimento teórico fundamentado e aplicação prática eficaz

Papel de destaque em diferentes momentos de atuação

Exercício clínico específico com competências de avaliação e resolução





Simulação em Enfermagem

Formação Contínua e Atualização



Atualização de Competências e desenvolvimento pessoal



A formação contínua como processo essencial, para a prestação de cuidados de excelência



Atualização de conhecimentos e competências técnicas e não técnicas



Melhoria na atuação em contexto de urgência e emergência

Vantagens da Prática Simulada



Simulação como Ferramenta Pedagógica
Eficácia no processo de ensino-aprendizagem



Promove o contato prévio com intervenções de enfermagem



Permite erro, treino e repetição em ambiente controlado



Desenvolvimento de competências técnicas e de tomada de decisão, sem comprometer a segurança das pessoas



Atualização e treino contínuo para garantir a eficácia e segurança dos cuidados



Acesso a cenários clínicos diversos e realistas

Resultados da Simulação



BENEFÍCIOS OBSERVADOS
MELHORIA CONTÍNUA NA
ATUAÇÃO EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA



AUMENTO DO
CONHECIMENTO E
AUTOCONFIANÇA



MELHORIA DA
COMUNICAÇÃO E DINÂMICA
DE EQUIPA

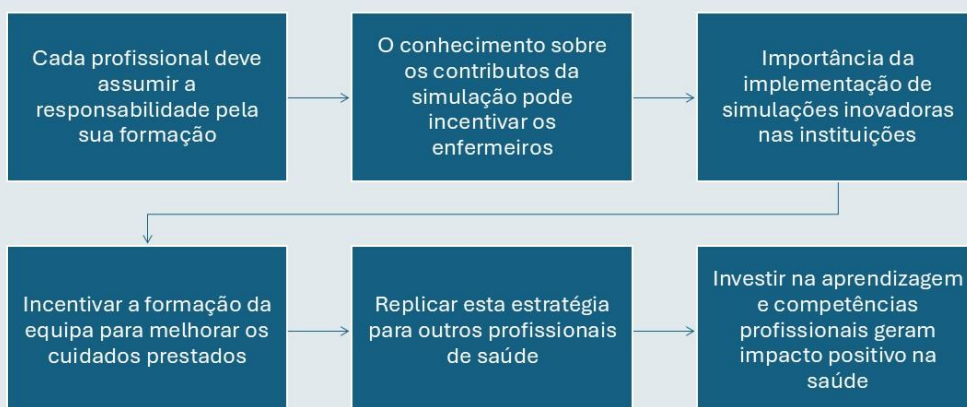


DESENVOLVIMENTO DE
RACIOCÍNIO CLÍNICO,
LIDERANÇA E
AUTOAVALIAÇÃO



MOTIVAÇÃO PARA
FORMAÇÃO CONTÍNUA E
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
DE EXCELÊNCIA

Promoção da Participação em Simulações





Debriefing

Debriefing na Simulação Clínica

O debriefing é uma estratégia de revisão de experiências clínicas simuladas



Permite aos intervenientes analisar e sintetizar as suas ações e pensamentos

Objetivos do Debriefing

Refletir sobre as aprendizagens adquiridas na prática simulada

Melhorar o desempenho em futuras simulações e situações reais

Desenvolver pensamento crítico e raciocínio clínico

Processo de Debriefing



REVISÃO DA EXPERIÊNCIA:
REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA REALIZADA



EXPLORAÇÃO DOS SENTIMENTOS:
DISCUSSÃO SOBRE EMOÇÕES E REAÇÕES



ANÁLISE E SÍNTESE:
IDENTIFICAÇÃO DE PONTOS FORTES E ASPECTOS A MELHORAR



APLICABILIDADE:
TRANSFERÊNCIA DA APRENDIZAGEM PARA A PRÁTICA REAL

Benefícios do Debriefing



OPORTUNIDADE DE
AUTOAVALIAÇÃO E FEEDBACK
DOS PARES



APRENDIZAGEM BASEADA NA
REFLEXÃO

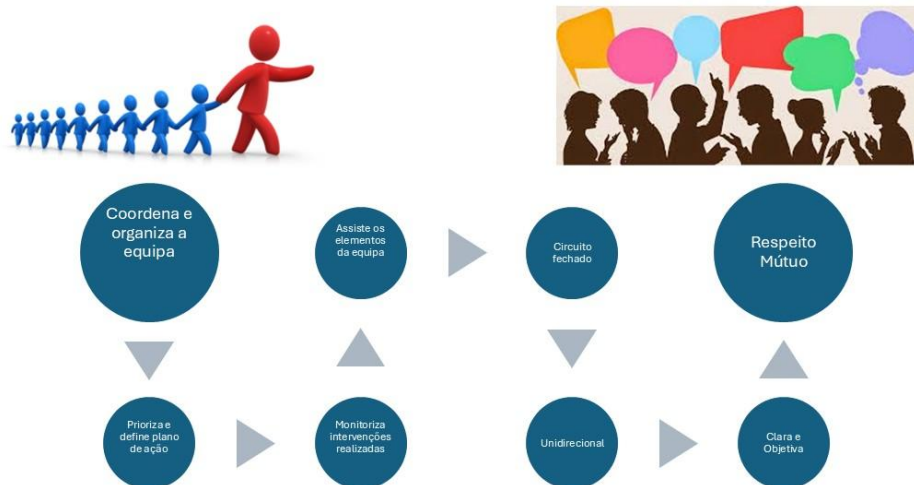


DESENVOLVIMENTO DE
CAPACIDADE DE JULGAMENTO E
COMUNICAÇÃO

Exemplos de
algumas
conclusões
resultantes do
debriefing

- Não tomar decisão em tempo útil
- Dificuldades na tomada de decisão
- Falta de organização nas prioridades a tomar
- Pouca coordenação entre profissionais
- Cada elemento não ter um papel definido para atuar em equipa
- Não há um team leader formal
- Não há conversa e partilha de informação com a equipa
- O espaço físico apresenta
- Aplicação de Brainstorming após as situações
- Uniformização dos procedimentos para uma melhor atuação
- Debriefing com todos os elementos da equipa no final de uma situação

Liderança e Comunicação



Agradecimentos

Obrigada a todos pela atenção e por participarem no processo de aprendizagem e desenvolvimento contínuo 🙌

Referências Bibliográficas

- Coutinho, V.; Lobão, C.; Gonçalves, R. O debriefing. In: Martins, J. C. A.; Mazzo, A.; Mendes, I. A. C.; Rodrigues, M. A. (Org.). A simulação no ensino de enfermagem. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. p. 159-167. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330505424_O_Debriefing. Acesso em: 10 fev. 2025.
- Direção-Geral da Saúde. Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: DGS, 2001. Disponível em: https://www.scs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Gonçalves, R.; Coutinho, V.; Lobão, C. Simulação e desenvolvimento de competências. In: Martins, J. C. A.; Mazzo, A.; Mendes, I. A. C.; Rodrigues, M. A. (Org.). A simulação no ensino de enfermagem. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. p. 125-133. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330505329_Simulacao_e_desenvolvimento_de_competencias
- Gonçalves, R. Ser enfermeiro em contexto de emergência: para além da técnica. In: Martins, J. C. A.; Mazzo, A.; Mendes, I. A. C.; Rodrigues, M. A. (Org.). A simulação no ensino de enfermagem. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017. p. 139-145.
- Graveto, J.; Taborda, A. A simulação no ensino de enfermagem: uma estratégia pedagógica humanizadora. In: Martins, J. C. A.; Mazzo, A.; Mendes, I. A. C.; Rodrigues, M. A. (Org.). A simulação no ensino de enfermagem. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem
- Martins, J. C. A. A simulação no ensino de enfermagem: uma estratégia pedagógica. Coimbra: Formasau, 2017. Costa, R.; Medeiros, S. M.; Martins, J. C. A.; Coutinho, V. R. D. Simulação no ensino de enfermagem: revisão integrativa. Revista de Enfermagem Referência, v. 4, n. 10, p. 141-150, 2016.
- Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.
- Oliveira, A. L. et al. A importância da formação contínua para enfermeiros em serviços de urgência. Revista de Enfermagem Referência, v. 4, n. 18, p. 107-116, 2018.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- Paiva, J. A. et al. Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012.
- Santos, M. C. et al. A simulação no ensino de enfermagem: ganhos percebidos por estudantes e profissionais de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, 2017.
- Sarmanho, L. C. et al. A simulação como estratégia de ensino na formação de enfermeiros: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 42, n. 1, p. 188-195, 2018.

APÊNDICE II – GUIÃO DE ENTREVISTA - DOENTES

GUIÃO DE ENTREVISTA - DOENTES

Risco Nutricional em Doentes de Nível II e III

1– Dados Sociodemográficos

1.1. Identificação do Participante

- ☐ Doente
- ☐ Familiar
- ☐ Cuidador Informal

1.2. Idade: _____ anos

1.3. Género: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro

1.4. Internamento: ☐ Cuidados Intensivos 1 (Nível 3) ☐ Cuidados Intensivos 2 (Nível 2)

2. Escalas de Avaliação do Risco Nutricional

2.1. Escala NUTRIC Score (doentes nível III)

2.1.1. Idade

- ☐ < 50
- ☐ 50 -< 75
- ☐ > 75

2.1.2. APACHE II

- ☐ < 15
- ☐ 15 -< 20
- ☐ 20 - 28
- ☐ > 28

2.1.3. SOFA

- ☐ < 6
- ☐ 6 -< 10
- ☐ > 10

2.1.4. Nº Comorbilidades

- ☐ 0 - 1
- ☐ > 2

2.1.5. Dias de internamento antes da admissão à UCI

- ☐ 0 - < 1
- ☐ > 1

2.2. Escala NRS 2002 (doentes nível II)

2.2.1. O IMC é < 20,5?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2.2.2. O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

2.2.3. O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

2.2.4. O doente está gravemente doente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

3. Hábitos Alimentares

3.1. Com que frequência realizava refeições por dia?

- ☐ 1 a 2 refeições por dia
- ☐ 3 refeições por dia
- ☐ 4 ou mais refeições por dia
- ☐ Não sabe

3.2. Ingere líquidos adequadamente ao longo do dia?

- ☐ Sim, mais de 2 litros por dia
- ☐ Sim, entre 1 a 2 litros por dia
- ☐ Não, menos de 1 litro por dia
- ☐ Não sabe

3.3. Tem algum tipo de alergias ou restrições alimentares?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Desconhece

3.3.1. Se sim, qual? _____

4. Perceção do Estado Nutricional Atual

4.1. Considera que o estado nutricional se tenha alterado desde o início do internamento?

- ☐ Sim, piorou

- ☐ Sim, melhorou
- ☐ Não se alterou
- ☐ Não sei responder

4.2. Desde o início do internamento, notou alguma perda de peso visível?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

4.3. Encontra-se atualmente a ingerir:

- ☐ Alimentação oral
- ☐ Alimentação hospitalar (através de sonda nasogástrica)
- ☐ Nutrição entérica (por sonda nasogástrica)
- ☐ Nutrição parentérica (endovenosa)
- ☐ Suplementos nutricionais
- ☐ Não sei
- ☐ Outro: _____

5. Satisfação com Cuidados e Comunicação

5.1. Foi informado sobre a importância da nutrição na recuperação?

- ☐ Sim, de forma clara
- ☐ Sim, mas com pouca clareza
- ☐ Não

5.2. Considera que a equipa de enfermagem demonstra atenção quanto ao seu estado nutricional?

- ☐ Sim
- ☐ Às vezes
- ☐ Não
- ☐ Não aplicável (alimentação hospitalar por sonda nasogástrica; nutrição parentérica ou entérica)

5.3. Na sua opinião, tem recebido a ajuda necessária para se alimentar (quando aplicável)?

- ☐ Sim
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Não
- ☐ Não aplicável (alimentação hospitalar por sonda nasogástrica; nutrição parentérica ou entérica)

6. Sugestões/Comentários

6.1. Há alguma sugestão ou comentário que gostaria de partilhar sobre a alimentação ou cuidados durante o internamento?

Fim do Questionário

Agradeço a participação!

APÊNDICE III - QUESTIONÁRIO ENFERMEIROS

QUESTIONÁRIO ENFERMEIROS

Risco Nutricional em Doentes de Nível 2 e 3

1. Dados Sociodemográficos

1.1. Idade: _____ anos

1.2. Género: () Masculino () Feminino () Outro

1.3. Tempo de exercício profissional (em anos): _____ anos

1.4. Especialidade de Enfermagem:

() Médico-Cirúrgica

() Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

() Não

() Outra

1.5. Local de trabalho atual:

() UCI 1 () UCI 2 ()

1.6- Tempo de exercício profissional na UCI 1 e UCI 2 (meses, anos): _____

2. Conhecimento e formação sobre ferramentas de Avaliação Nutricional

2.1. Teve formação sobre avaliação do risco nutricional em contexto crítico?

() Sim () Não

2.1.1. Se sim, que tipo de formação: _____

2.1.2. Se sim, à quanto tempo recebeu formação: _____

2.2. Conhece a escala **NRS 2002**?

() Sim () Não

2.3. Conhece o **NUTRIC Score**?

() Sim () Não

2.4. Tem formação suficiente para aplicar estas escalas?

() Sim () Parcialmente () Não

3. Prática de Avaliação Nutricional

3.1. Realiza rastreio do risco nutricional nos doentes admitidos na UCI?

() Sim () Não

3.1.1. Se sim, em que tipo de doentes? _____

3.1.2. Se avalia, em que momento costuma realizar a avaliação nutricional?

- ☐ Na admissão (primeiras 24-48h)
- ☐ Após sinais de agravamento clínico
- ☐ Se houver solicitação médica
- ☐ Outra situação

3.2. Como avalia o estado nutricional da PSC na unidade?

- ☐ Através de escalas/ferramentas validadas
- ☐ Avaliação clínica subjetiva
- ☐ Exames laboratoriais
- ☐ Outro(s)

3.3. Na sua opinião, a avaliação nutricional influencia a definição do plano de cuidados de enfermagem?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

3.4. Quais as intervenções de enfermagem, quanto à avaliação do risco nutricional, que implementa para a PSC (assinale todas as opções aplicáveis):

- ☐ Monitorização diária do peso
- ☐ Monitorização da ingestão alimentar
- ☐ Adaptação/alteração do tipo de dieta
- ☐ Administração de suplementos nutricionais
- ☐ Encaminhamento para nutricionista
- ☐ Outra(s)

4. Barreiras e Facilitadores

4.1. Quais são as barreiras que encontra para a implementação de um protocolo de avaliação do risco nutricional e implementação de intervenções de enfermagem, de acordo com o tipo de risco? (pode selecionar mais de uma):

- ☐ Falta de tempo
- ☐ Falta de formação
- ☐ Falta de sensibilização da equipa
- ☐ Recursos informáticos inadequados
- ☐ Não valorização da avaliação nutricional
- ☐ Outro(s)

4.2. O que facilitaria a implementação de um protocolo de avaliação do risco nutricional e implementação de intervenções de enfermagem de acordo com o tipo de risco?

- ☐ Formação contínua
- ☐ Protocolos/Procedimentos de atuação
- ☐ Melhoria do programa informático
- ☐ Sensibilização da equipa multidisciplinar
- ☐ Outro(s)

5. Perceção da Importância

5.1. Em que grau considera importante a avaliação nutricional precoce na PSC?

- ☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Extremamente importante

5.2. Considera que a intervenção precoce baseada no risco nutricional pode:

(assinale as opções com as quais concorda)

- ☐ Diminuir complicações infecciosas
- ☐ Reduzir tempo de internamento
- ☐ Melhorar recuperação funcional
- ☐ Reduzir mortalidade
- ☐ Aumentar custos hospitalares
- ☐ Outros

6. Opinião sobre o Projeto de Investigação

6.1. Na sua opinião, considera a implementação de um protocolo de intervenções de enfermagem, centrado na avaliação do risco nutricional dos doentes e definição de estratégias de intervenções adequadas, poderá contribuir para a melhoria da evolução clínica da PSC?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

7. Sugestões

7.1. Deixe aqui sugestões sobre como melhorar a avaliação nutricional e a intervenção de enfermagem na PSC:

Fim do Questionário

Agradeço a participação!

APÊNDICE IV - APRESENTAÇÃO DADOS/RESULTADOS

**JOANA ALEXANDRINO**
Janeiro 2026

AMOSTRA PROFISSIONAL
 **32**
Enfermeiros

AMOSTRA CLÍNICA
 **23**
Doentes Internados

CONTEXTO
 **UCI**

ESTUDO CLÍNICO

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Avaliação Nutricional em Unidades de Cuidados Intensivos

Análise das práticas de enfermagem, barreiras, facilitadores e indicadores de risco nutricional.

 NRS 2002 & NUTRIC Score

 Análise Quantitativa

 Identificação de lacunas

CONTEXTO DO ESTUDO

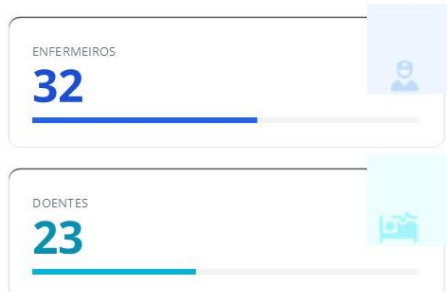
Objetivos e Enquadramento

 UCI

Objetivos Principais

- **Perspetiva dos Enfermeiros**
Descrever o nível de conhecimento, práticas atuais e perceções da equipa de enfermagem sobre a avaliação nutricional.
- **Perspetiva dos Doentes**
Caracterizar o risco nutricional, hábitos alimentares e a experiência dos doentes internados em contexto de cuidados intensivos.

Amostra do Estudo

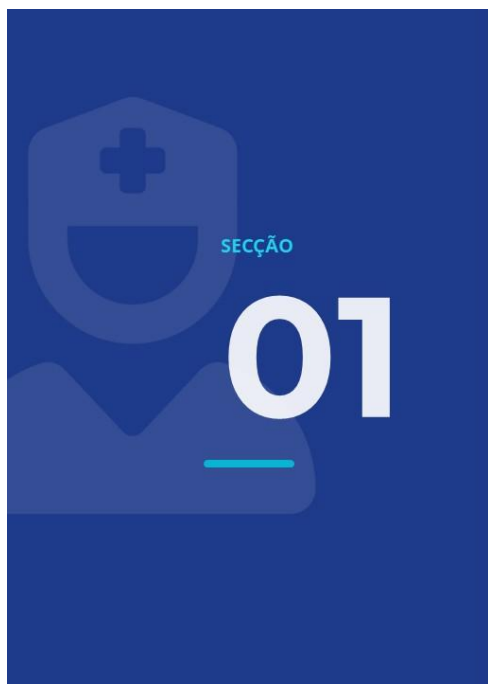


Fluxo Ideal de Avaliação Nutricional

 Nota: O estudo identifica lacunas entre este fluxo ideal e a prática, nomeadamente na formação e registo.

PROCESSO CLÍNICO





N = 32 Amostra Profissional

Enfermeiros

Caracterização, Práticas e Perceções

NESTE CAPÍTULO

- Perfil Sociodemográfico
- Formação e Conhecimento
- Práticas de Avaliação
- Barreiras e Facilitadores

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Perfil dos Enfermeiros (n=32)

Exp. Média UCI: 11,07 anos

GÉNERO



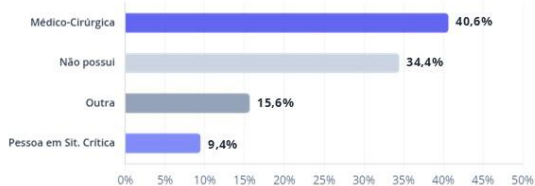
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA

MÉDIA DE IDADE

44,6



ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM



LOCAL DE TRABALHO



PRÁTICA CLÍNICA

Prática de Avaliação Nutricional

📄 Análise de Procedimentos

REALIZA RASTREIO?

Percentagem de enfermeiros que realizam rastreio na admissão



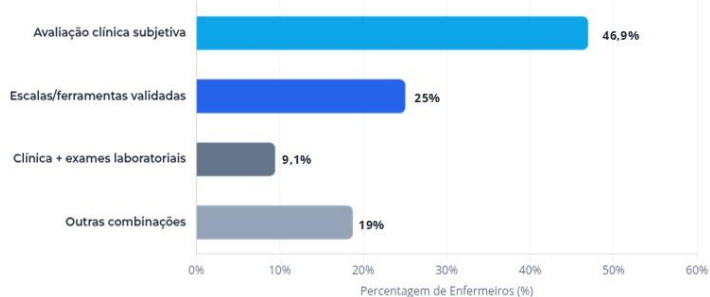
IMPACTO NO PLANO

Perceção sobre se a avaliação influencia o plano de cuidados



MÉTODOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

Prevalência dos tipos de avaliação nutricional adotados na prática



Observação Importante

Predomina a avaliação clínica subjetiva (46,9%) em detrimento de escalas validadas. Apenas 1/4 dos profissionais utiliza ferramentas padronizadas como NRS-2002 ou NUTRIC Score, o que pode comprometer a precisão do diagnóstico nutricional em doentes críticos.

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

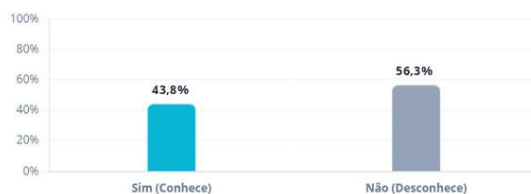
Conhecimento e Formação

⚠️ 84,4% sem formação específica

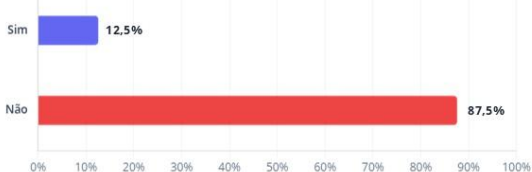
FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM AVALIAÇÃO NUTRICIONAL



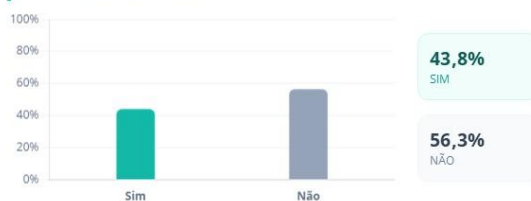
CONHECE A ESCALA NRS 2002?



TEM FORMAÇÃO SUFICIENTE PARA APLICAR ESCALAS?



CONHECE O NUTRIC SCORE?



PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

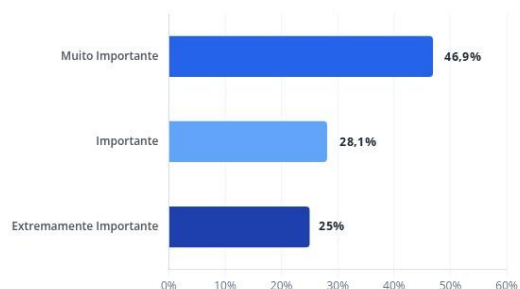
Importância e Efeitos Esperados

★ Valorização Clínica

Grau de Importância Atribuído

Avaliação Precoce

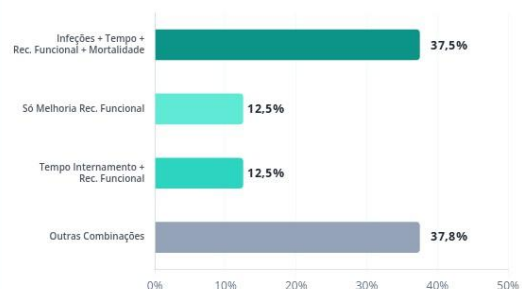
Existe um consenso absoluto sobre a relevância da avaliação nutricional na Pessoa em Situação Crítica, sem respostas negativas.



Efeitos da Intervenção Precoce

Resultados Clínicos

A maioria associa a intervenção a múltiplos benefícios simultâneos, destacando-se a redução de infeções, mortalidade e tempo de internamento.



Consenso Profissional

Reconhecimento universal da importância, apesar das barreiras práticas identificadas.

100%

CONSIDERAM IMPORTANTE OU +

DESAFIOS E SOLUÇÕES

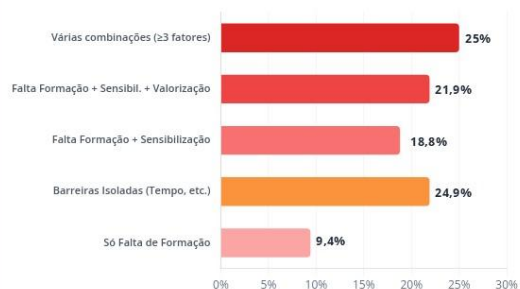
Barreiras e Facilitadores

📊 Análise Comparativa

Barreiras Identificadas

Múltiplos Fatores

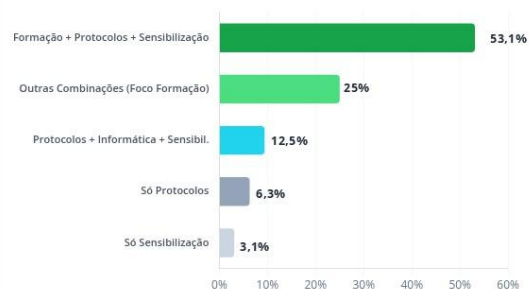
A maioria dos enfermeiros enfrenta combinações de obstáculos, sendo a falta de formação e sensibilização as mais prevalentes.



Facilitadores Propostos

Solução Ideal

Existe um consenso claro: a solução passa por uma tríade de intervenção (formação + protocolos + equipa).



Conclusão Crítica

Intervenções isoladas (só formação ou só protocolos) são vistas como insuficientes pela maioria.

53,1%

DEREDEM ABORDAGEM INTEGRADA



N = 23 Amostra Clínica

Doentes

Perfil, Risco Nutricional e Experiência

NESTE CAPÍTULO

- Perfil Sociodemográfico
- Risco Nutricional e Escalas
- Hábitos e Estado Nutricional
- Satisfação e Sugestões

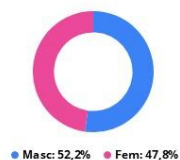
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Perfil dos Doentes

Amostra (n=23)

GÉNERO

Distribuição por sexo



INTERNAMENTO

Distribuição por Unidade



RESUMO ESTATÍSTICO: IDADE

Análise da amplitude e média etária da amostra



Perfil Etário

População maioritariamente idosa, com média próxima dos 70 anos e grande variabilidade (DP ±18,59). Observa-se uma elevada taxa de omissão (87,0%) no registo detalhado da idade por classes, o que limita uma estratificação mais precisa.

PERSPETIVA DO DOENTE

Estado Nutricional no Internamento

Monitorização Clínica

EVOLUÇÃO PERCEBIDA

Perceção do doente sobre a alteração do seu estado nutricional



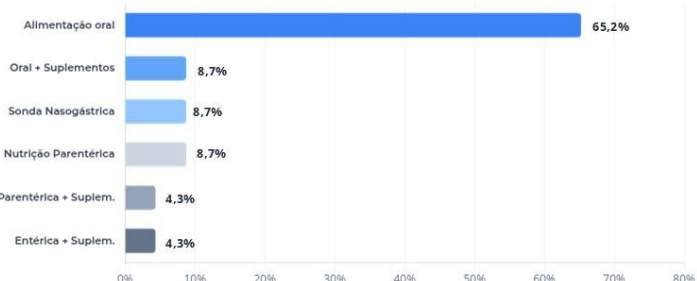
PERDA DE PESO VISÍVEL

Doentes que notaram perda de peso desde o internamento



TIPO DE ALIMENTAÇÃO ATUAL

Distribuição das modalidades de suporte nutricional e alimentação oral



Alerta de Risco Nutricional

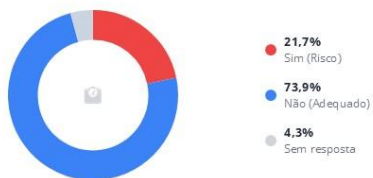
Embora a maioria mantenha alimentação oral (65,2%), uma percentagem significativa (34,8%) relata agravamento do estado nutricional e perda de peso visível. A diversidade de suportes (entérica, parentérica e suplementos) reflete a complexidade clínica da amostra em UCI.

AValiação Clínica e TRIAGEM

Indicadores de Risco Nutricional (n=23)

52,2% Gravemente Doentes

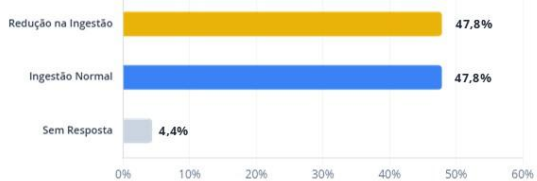
IMC < 20,5 KG/M²



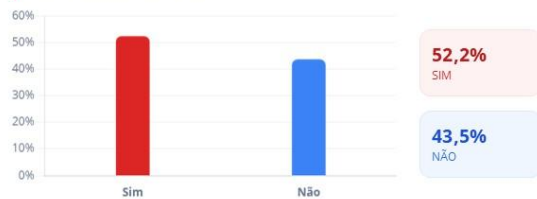
PERDA DE PESO (ÚLTIMOS 3 MESES)



REDUÇÃO DA INGESTÃO (ÚLTIMA SEMANA)



DOENTE GRAVEMENTE DOENTE



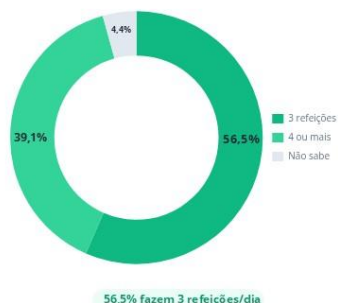
HISTÓRICO CLÍNICO

Hábitos Alimentares Prévios

🔍 Análise de Padrões

REFEIÇÕES DIÁRIAS

Frequência habitual de refeições antes do internamento



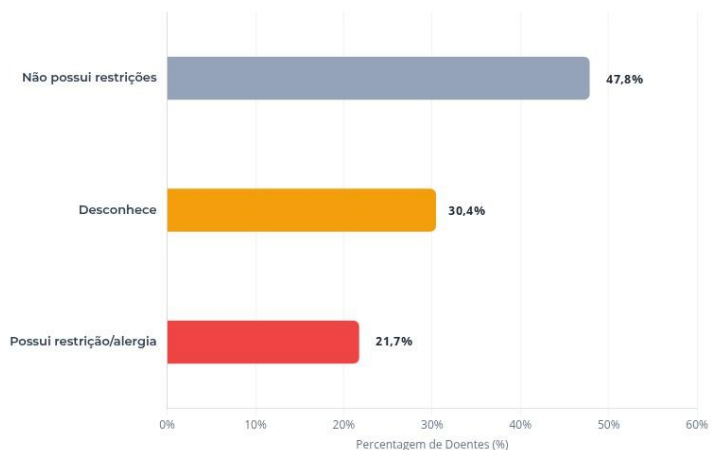
INGESTÃO HÍDRICA

Consumo diário de líquidos estimado



ALERGIAS OU RESTRIÇÕES ALIMENTARES

Prevalência de restrições alimentares reportadas pelos doentes



EXPERIÊNCIA DO DOENTE

Satisfação, Comunicação e Apoio

🗣️ Percepção dos Cuidados

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

Foi informado sobre a importância da nutrição para a recuperação?



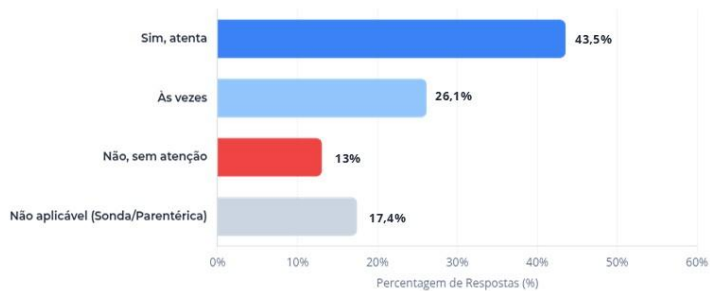
APOIO ALIMENTAR

Recebeu a ajuda necessária para se alimentar?



ATENÇÃO DA EQUIPA AO ESTADO NUTRICIONAL

Percepção dos doentes sobre a vigilância da equipa de enfermagem



💡 Défice de Comunicação vs. Percepção de Cuidado

Embora 43,5% dos doentes sintam que a equipa está atenta ao seu estado nutricional, existe uma lacuna crítica na comunicação: quase 3/4 (73,9%) referem não ter sido informados sobre a importância da nutrição. Isto sugere que o cuidado técnico existe, mas a componente educativa e de envolvimento do doente necessita de reforço significativo.

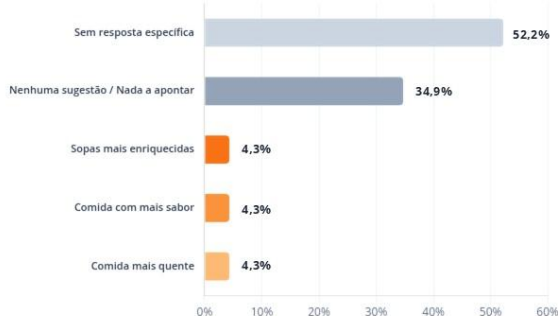
FEEDBACK QUALITATIVO

Sugestões e Comentários dos Doentes

Voz do Utente

Distribuição das Respostas

Categorização dos comentários registados (n=23)



78,3% dos doentes não apresentaram sugestões específicas ou dedaram não ter nada a apontar, o que pode indicar satisfação relativa ou falta de proatividade.

Oportunidades de Melhoria



Enriquecimento das Sopas

Sugestão para aumentar o valor nutricional e consistência das sopas servidas, tornando-as mais completas.



Intensidade do Sabor

Recomendação para que a comida tenha "mais sabor", apontando para a necessidade de otimização das dietas hospitalares.



Temperatura da Comida

Alerta para a necessidade de servir as refeições a uma temperatura mais adequada, promovendo maior aceitação e o conforto alimentar.



"Gostaria que a comida fosse servida mais quente e com um sabor mais apelativo."

SÍNTESE FINAL

Conclusões e Recomendações

Resumo

PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS DO ESTUDO

Défice de Formação



A grande maioria dos enfermeiros (84,4%) não possui formação específica em nutrição e 71,9% não realizam rastreio nutricional na admissão.

Risco e Omissões



Sinais de desnutrição são frequentes (30-48%), mas a avaliação é comprometida por 87% de omissões em scores clínicos fundamentais.

Dualidade Prática



Existe um elevado reconhecimento da importância da avaliação nutricional (>75%), que contrasta com a baixa aplicação prática de escalas validadas.

Recomendações Estratégicas para UCI

Plano de Melhoria



Sistematizar o Rastreio Nutricional

Tornar obrigatória a aplicação de escalas (NRS-2002 ou NUTRIC Score) nas primeiras 24h de admissão.



Protocolos e Suporte Informático

Criar protocolos institucionais claros e adaptar o sistema informático para exigir o preenchimento de campos obrigatórios.



Melhoria da Qualidade Alimentar

Otimizar temperatura e sabor das refeições e reforçar o apoio de enfermagem durante a alimentação.



Programa de Formação Contínua

Implementar plano formativo regular focado em avaliação nutricional do doente crítico e uso de ferramentas.



Integração Multidisciplinar

Assegurar a presença efetiva de nutricionista na equipa.



Literacia e Comunicação

Melhorar a informação transmitida ao doente sobre a importância da nutrição para a sua recuperação.

Recomendações baseadas na análise de n=32 enfermeiros e n=23 doentes

Avaliação Nutricional em UCI •
2026

APÊNDICE V - FORMAÇÃO ESCALA NRS 2002

Escala NRS 2002 BSimple Patient Care

Avaliação do **Risco Nutricional em UCI**
Formação para Enfermeiros

 ULS COVA DA BEIRA

Enfermeira Joana Alexandrino

Unidade de Cuidados Intensivos

 Março, 2026

Por que esta formação agora?

Necessidade urgente de intervenção baseada em evidência local

71,9%

dos enfermeiros **NÃO** realizam
rastreo nutricional na admissão

Barreiras Identificadas

-  Falta de formação específica (84,4%)
-  Falta de sensibilização da equipa
-  Desvalorização da avaliação nutricional
-  Falta de tempo e recursos

Fatores Facilitadores

O que a equipa identificou como essencial para a mudança:

-  Formação contínua (53,1%)
-  Sensibilização da equipa
-  Protocolos claros
-  Ferramentas digitais (BSimple)



Objetivo Principal

Uniformizar a utilização da escala NRS 2002 no BSimple Patient Care para 100% dos doentes elegíveis na UCI, nas primeiras 24h.

 ULS Cova da Beira

Importância do rastreio nutricional em UCI

Impacto clínico direto na recuperação do doente crítico

Impacto Esperado da Intervenção



Desnutrição em UCI

Fator de risco independente associado a piores resultados clínicos, aumento de dias de internamento e consequentemente, aumento de custos hospitalares.

Integração Essencial

O rastreio nutricional faz parte dos cuidados de enfermagem e contribui para uma abordagem mais global ao doente.



Reduz Complicações

A intervenção nutricional precoce fortalece o sistema imunitário e reduz o risco de infeções nosocomiais.



Diminui Tempo de Internamento

Doentes bem nutridos respondem melhor à terapêutica, reduzindo a estadia na UCI e no hospital.



Melhora Recuperação Funcional

Preservação da massa muscular essencial para o desmame ventilatório e reabilitação motora.



Pode Reduzir Mortalidade

Estudos indicam melhor sobrevida em doentes de alto risco que recebem suporte nutricional adequado.

 ULS Cova da Beira

Enquadramento normativo e diretrizes

Base legal e científica para a prática clínica de excelência



Legislação Nacional

Despacho n.º 6634/2018

Determina a estratégia de combate à desnutrição hospitalar:

Implementação obrigatória do rastreio nutricional no internamento

Avaliação nas primeiras 24-48 horas

Registo no processo clínico do doente

Sinalização precoce para equipa de nutrição



Diretrizes Internacionais

ESPEN Guidelines 2019 (ICU)

Recomendações para Nutrição Clínica em Cuidados Intensivos:

Rastreio de risco nutricional em **TODOS** os doentes admitidos na UCI

Utilização da NRS 2002 como ferramenta validada

Monitorização **contínua** do estado nutricional

Intervenção **precoce** para **reduzir** mortalidade



Protocolos Locais

ULS Cova da Beira

Alinhamento institucional:

Integração no sistema BSimple Patient Care

Padronização dos critérios de avaliação

Coordenação entre Enfermagem e Nutrição

Auditoria da qualidade dos cuidados nutricionais

 ULS Cova da Beira

O que é a NRS 2002

Ferramenta padronizada de rastreio nutricional hospitalar



População-Alvo

Validada para doentes adultos hospitalizados (≥ 18 anos), incluindo situações de doença aguda e crónica.



Objetivo Principal

Identificar doentes em risco nutricional que beneficiam de terapia nutricional precoce para melhorar o prognóstico.



Aplicação Preferencial

Deve ser realizada nas primeiras 24 a 48 horas após a admissão na UCI ou unidade de internamento.

 ULS Cova da Beira

Quando aplicar e quando reavaliar

Timing correto para garantir a eficácia do rastreio nutricional



Admissão (Rastreio Inicial)

Aplicar o NRS 2002 nas primeiras 24 a 48 horas após a admissão em UCI.



Monitorização Contínua

Reavaliar o risco nutricional semanalmente OU sempre que houver alteração clínica significativa.



Atenção Especial

Alterações como choque séptico, cirurgias major ou ventilação mecânica exigem reavaliação imediata.



Registo Obrigatório

Todos os rastreios e reavaliações devem ser registados no sistema BSimple Patient Care para garantir a continuidade dos cuidados.

 ULS Cova da Beira

Estrutura da NRS 2002

Uma visão geral do processo de avaliação em duas etapas



ULS Cova da Beira

Rastreio Inicial - 4 perguntas

Módulo NRS 2002

Primeira etapa da avaliação no BSimple Patient Care

1 O IMC é < 20,5?

Sim

Não

2 O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?

Sim

Não

3 O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?

Sim

Não

4 O doente está gravemente doente? (ex: em cuidados intensivos)

Sim

Não

→

Regra de Decisão

Se QUALQUER resposta for SIM...

AVANÇAR PARA O RASTREIO FINAL

Se todas as respostas forem NÃO, o doente tem baixo risco. Reavaliar em 7 dias.

ULS Cova da Beira

Rastreio Final - 3 Componentes

Elementos essenciais para o cálculo do risco nutricional no BSimple

A) Deterioração do Estado Nutricional
Avalia a perda de peso recente, o Índice de Massa Corporal (IMC) e a redução da ingestão alimentar na última semana.
0 a 3 Pontos

B) Gravidade da Doença
Reflete o aumento das necessidades nutricionais devido ao stress metabólico da patologia (ex: cirurgia major, trauma, sépsis).
0 a 3 Pontos

C) Idade Avançada
Ajuste automático para doentes com idade igual ou superior a 70 anos devido à menor reserva funcional.
+1 Ponto (se ≥ 70)

Score Final
A + B + C
O risco nutricional é definido pela soma destes três componentes, determinando o plano de intervenção.

ULS Cova da Beira

Deterioração do Estado Nutricional

BSimple Patient Care

Rastreio Final (Parte A) - Critérios de Pontuação

0 PONTOS		Estado Nutricional Normal O doente mantém peso estável e ingestão alimentar adequada às necessidades.	Sem perda de peso recente Ingestão alimentar normal
1 PONTO		Deterioração Ligeira Perda de peso inicial ou redução moderada da ingestão.	Perda de peso > 5% em 3 meses OU Ingestão 50-75% das necessidades na semana anterior
2 PONTOS		Deterioração Moderada Perda de peso acelerada ou baixo IMC com compromisso geral.	Perda de peso > 5% em 2 meses OU IMC 18.5-20.5 + deterioração geral OU Ingestão 25-60% das necessidades
3 PONTOS		Deterioração Grave Perda de peso severa e rápida, desnutrição evidente ou ingestão mínima.	Perda > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) OU IMC < 18.5 + deterioração geral OU Ingestão 0-25% das necessidades

ULS Cova da Beira

Gravidade da Doença

BSimple Patient Care

Rastreio Final (Parte B) - Critérios Clínicos

0 PONTOS		Sem Alterações Metabólicas Doentes com necessidades nutricionais normais.	✓ Necessidades nutricionais normais
1 PONTO		Doença Ligeira Doentes crónicos com complicações agudas ou condições específicas.	✖ Fratura da anca ✖ Crónicos com agudização: Cirrose, DPOC, Diabetes ✖ Hemodiálise crónica, Oncologia
2 PONTOS		Doença Moderada Doentes com cirurgias major ou complicações médicas graves.	✖ Cirurgia abdominal 'major' ✖ AVC ✖ Pneumonia grave
3 PONTOS		Doença Grave Doentes críticos com necessidades nutricionais e metabólicas elevadas.	✖ Lesão crânioencefálica (TCE grave) ✖ Transplante de medula óssea ✖ Doentes de Cuidados Intensivos Nível 3

ULS Cova da Beira

Cálculo do score e exemplo

Como determinar o risco nutricional final no BSimple

Score Total = **Deterioração** + **Gravidade** + **Idade ≥ 70**

Dados do Doente (Exemplo)

Deterioração Nutricional
Perda de peso >5% em 2 meses

2

Gravidade da Doença
Cirurgia abdominal major / AVC

2

Idade (68 anos < 70)

0

CÁLCULO FINAL

2 + 2 + 0 = 4

ALTO RISCO (> 3)

Requer intervenção nutricional urgente

Iniciar plano nutricional e monitorização intensiva

ULS Cova da Beira

Interpretação dos Resultados

Classificação do risco nutricional e níveis de intervenção

< 3 SCORE	BAIXO RISCO 🕒 Monitorização básica 📅 Reavaliação em 7 dias
= 3 SCORE	RISCO MODERADO 🚑 Intervenção necessária 🔍 Monitorização reforçada 👤 Solicitar nutricionista
> 3 SCORE	ALTO RISCO 🚑 Intervenção urgente 🔍 Monitorização intensiva 👥 Coordenação multidisciplinar

ULS Cova da Beira

BSimple - Passo 1: Acesso e Rastreio Inicial

Como iniciar a avaliação nutricional no sistema

1 Abrir BSimple – Patient Care®

- Seleccionar Lista de doentes
- Abrir o processo clínico do doente
- Confirmar se tem os dados do Peso e Altura, para o cálculo do IMC.

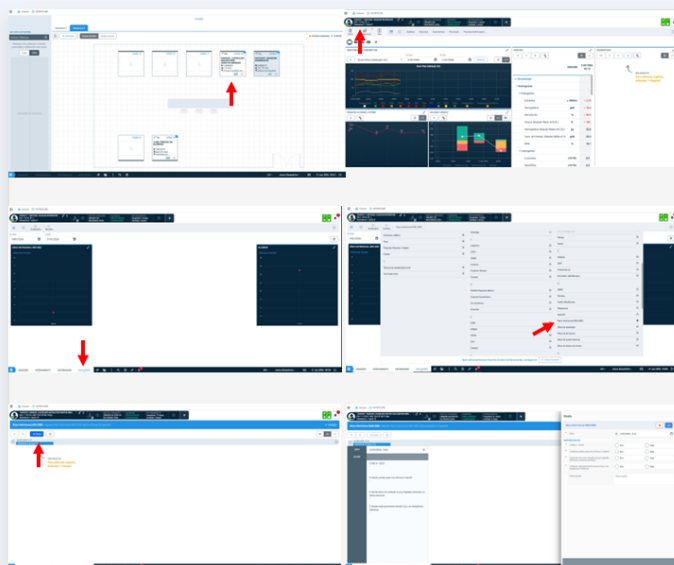
2 Entrar na área de avaliação nutricional

- Barra inferior → Avaliações
- Escalas
- Seleccionar Risco Nutricional NRS 2002
- Clicar em Adicionar novo Registo

3 Preencher Rastreio Inicial

Responda "Sim" ou "Não" às 4 questões:

- IMC < 20.5?
- Perda de peso em 3 meses?
- Redução da ingestão alimentar?
- Doente gravemente doente? (UCI = Sim)



ULS Cova da Beira

BSimple - Passo 2: Deterioração do estado nutricional

BSimple Patient Care

Como avaliar e registar a perda de estado nutricional

4 Avançar para Rastreio Final

Se obtiver pelo menos um "Sim" no Rastreio Inicial, o sistema indicará a necessidade de prosseguir para o Rastreio Final.

5 Abrir lista de opções

Localizar o campo "Deterioração do estado nutricional" e clicar para abrir as opções disponíveis.

6 Selecionar Opção Adequada

Escolher a opção que melhor descreve a situação do doente com base na história clínica:

- Perda de peso (%)
- IMC atual
- Redução da ingestão alimentar

ULS Cova da Beira

BSimple - Passo 3: Gravidade, idade e finalizar

BSimple Patient Care

Completar o Rastreio Final e registar a avaliação

7 Gravidade da Doença

Selecionar a opção adequada. Para doentes de UCI, a opção "Doentes de cuidados intensivos" atribui 3 pontos.

8 Fator Idade

Selecionar "Sim" ou "Não" para a questão "Idade >= 70 anos". O sistema adiciona automaticamente +1 ponto ao score final se aplicável.

9 Observações Clínicas

Usar o campo de texto livre para registar notas relevantes (ex: "Doente em jejum para cirurgia", "Disfagia observada").

10 Guardar Registo

Para finalizar, confirmar a pontuação e clicar no ícone de confirmação Guardar no canto superior direito.

ULS Cova da Beira

Intervenções de Enfermagem Baixo Risco (Score < 3)

Ações preventivas e de manutenção do estado nutricional



Ingestão Alimentar

Avaliar diariamente a quantidade e qualidade da ingestão.
Garantir ambiente calmo durante as refeições e promover autonomia.



Hidratação

Incentivar hidratação adequada de 1,5 a 2L por dia (salvo contraindicação clínica ou restrição hídrica).



Comunicação

Partilhar com a equipa multidisciplinar quaisquer alterações na ingestão alimentar ou queixas associadas.

Monitorização Básica



Avaliar peso 1 x por semana



Reavaliar NRS 2002 em 7 dias



Vigiar sinais de desidratação



Registo no BSImple

Obrigatório registar o score < 3 e agendar a próxima reavaliação para 7 dias no processo de enfermagem.

ULS Cova da Beira

Intervenções - Risco Moderado Score = 3

Ações necessárias para prevenir deterioração nutricional



Monitorização Reforçada



Avaliar peso 2 vezes por semana



Registo detalhado da monitorização da dieta no BSImple Patient Care



Oferecer e vigiar a toma de suplementos nutricionais orais, aquando prescritos pela equipa médica/nutrição.



Adaptação Alimentar



Rastrear disfagia ou dificuldades de mastigação



Adaptar consistência da dieta (pastosa, triturada), conforme necessidade



Administrar suplementos nutricionais, se prescritos



AÇÃO PRIORITÁRIA

SOLICITAR AVALIAÇÃO DO NUTRICIONISTA

É fundamental envolver a equipa de nutrição para elaboração de um plano alimentar personalizado que reverta o risco nutricional identificado.



Registo no BSImple

Não esquecer de registar no campo "Observações" do rastreio, a solicitação de avaliação e as medidas instituídas.

ULS Cova da Beira

Intervenções - Alto Risco (Score > 3) Urgente



Ação imediata para prevenir deterioração nutricional grave

⚡ Ações Prioritárias

🔧 Implementar Nutrição Entérica ou Parentérica imediata, conforme prescrição médica.

📊 Monitorizar PESO DIÁRIO para avaliar balanço hídrico e nutricional.

📋 Parâmetros laboratoriais 2x/semana (albumina, pré-albumina, linfócitos).

📝 Registo detalhado no BSimple de todas as intervenções e ingestão.

📄 Registo Obrigatório

👥 Coordenação Multidisciplinar

Acionar URGENTE equipa multidisciplinar (médico, nutricionista, enfermeiro) para definição e ajuste contínuo do plano nutricional.

👁️ Vigilância Intensiva

Posicionar doente a 30-45° durante administração de dieta entérica.

Vigiar sinais de aspiração ou intolerância gastrointestinal (resíduo gástrico, distensão abdominal).

Monitorizar complicações: úlceras de pressão e infeções nosocomiais.

Ajustar débitos de nutrição conforme tolerância e objetivos calóricos.

ULS Cova da Beira

Caso Prático 1

Exemplo de aplicação em contexto real

BSimple Patient Care



Sr. António, 65 anos

DIAGNÓSTICO
Pós-op. Eletivo

IMC ATUAL
24.0 kg/m²

PERDA PESO
Não

ALIMENTAÇÃO
Oral mantida



1 Rastreio Inicial (BSimple)

IMC < 20.5?	NÃO
Perdeu peso nos últimos 3 meses?	NÃO
Redução da ingestão alimentar?	NÃO
Gravemente doente?	NÃO

2 Rastreio Final

Não aplicável (todas as respostas foram NÃO)

0
SCORE

BAIXO RISCO

Sem necessidade de intervenção nutricional imediata.



Intervenção de Enfermagem

✓ Manter plano alimentar hospitalar

✓ Reavaliar em 7 dias

✓ Registar no BSimple

ULS Cova da Beira

Caso Prático 2

Risco Moderado/Alto - Aplicação em contexto de UCI

BSimple Patient Care



Sr. Manuel, 72 anos

DIAGNÓSTICO
DPOC Agudizada

IMC ATUAL
20.0 kg/m²

PERDA PESO
4% (2 meses)

SUPOORTE
VNI

1 Rastreio Inicial

IMC < 20.5?

SIM

Gravemente doente?

SIM

2 Rastreio Final (Cálculo)

Gravidade (Pneumonia)

+ 2 pontos

Idade (≥ 70 anos)

+ 1 ponto

3
SCORE TOTAL

MODERADO RISCO

Pessoas com idade ≥70, têm menor reserva funcional, justificando o ponto extra.



Intervenção de Enfermagem

✓ Iniciar Suplementos orais e adaptar consistência da dieta se dispnea

✓ Solicitar Avaliação Nutricionista

✓ Peso 2x/semana

✓ Vigiar Intolerância Gástrica

Caso Prático 3 - Alto Risco

Situação crítica com necessidade de intervenção imediata

BSimple Patient Care



Sr. Carlos, 73 anos

DIAGNÓSTICO
TCE Grave

IMC ATUAL
17.0 kg/m²

PERDA PESO
10kg (1 mês)

INGESTÃO
0% (última sem.)

1 Rastreio Inicial (Todas respostas SIM)

IMC < 20.5?

SIM

Perda de peso?

SIM

Redução ingestão?

SIM

Gravemente doente?

SIM

2 Rastreio Final (Cálculo)

Deterioração (Perda >5% 1 mês + IMC <18.5)

3 pts

Gravidade (TCE)

3 pts

Idade ≥ 70 anos (+1 ponto)

1 pt

7
SCORE TOTAL

ALTO RISCO

Doente crítico com necessidade de intervenção nutricional urgente.



INTERVENÇÃO URGENTE

✓ Suporte Nutricional (AE/PT)

✓ Cabeceira 30-45°

✓ Vigiar aspiração/intolerância

✓ Peso Diário

✓ Labs 2x/semana

✓ Coordenação Multidisciplinar

ULS Cova da Beira

Pontos-chave para Recordar

BSimple Patient Care

Resumo essencial para a prática clínica diária



ULS Cova da Beira

Obrigada!

Pela vossa atenção e compromisso com a excelência nos nossos cuidados prestados

?

QUESTÕES?

JOANA ALEXANDRINO
Unidade de Cuidados Intensivos

RECURSOS DISPONÍVEIS

- Manual do Utilizador BSimple
- Protocolo de Nutrição da UCI
- Diretrizes ESPEN 2019 (ICU)
- Despacho n.º 6634/2018

ULS Cova da Beira