

Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro

João Santos¹

 orcid.org/0000-0003-0070-2451

¹ Mestre. Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Lisboa, Portugal.

Resumo

Introdução

O presente artigo surge da análise da prática de cuidados como Enfermeiro, num sentido de melhoria contínua. Deste modo, compreendendo a história profissional, os paradigmas da profissão e o posicionamento da Enfermagem em termos sociais no mundo atual, pode-se perspetivar possibilidades de caminhos para a profissão.

Objetivos

Com o presente artigo pretende-se refletir sobre a evolução histórica da Enfermagem em Portugal e perspetivar o futuro da Enfermagem portuguesa à luz das influências internacionais.

Desenvolvimento

Foi abordada a perspetiva histórica e as implicações na prática de cuidados de Enfermagem, o Cuidado Centrado na Pessoa/cliente e a individualização da intervenção e, por fim, a Enfermagem Avançada e a Prática Avançada de Enfermagem. Analisando a perspetiva histórica da Enfermagem ao longo dos séculos, desde o seu período abnegado, passando pela época romântica pela medicina e pela fase tecnicista, compreende-se algumas práticas atuais e dúvidas na perspetiva de futuro. O desenvolvimento do conhecimento e da prática em Enfermagem deverá passar pelo reconhecimento e avanço das competências centrais da disciplina.

Conclusão

É fundamental para o desenvolvimento da Enfermagem uma aproximação entre a produção científica e a prática de cuidados. Facilitador deste processo é o desenvolvimento das especialidades em Enfermagem como curso de mestrado, promovendo não só práticas diferenciadas, mas também um olhar e pensamento críticos dos profissionais. Neste processo, não se deverá remeter para segundo plano a existência de outras ciências – da saúde, sociais e humanas, entre outras – que fomentarão o desenvolvimento do corpo da Enfermagem, mas também, torna-se fundamental a divulgação da produção científica em Enfermagem, de forma a dar visibilidade à ciência e à prática da disciplina.

Palavras-chave

Enfermagem; História da Enfermagem; Enfermagem Centrada na Pessoa; Prática Avançada de Enfermagem.

Autor de correspondência

João Santos

E-mail: joao.santos.rn@gmail.com

Recebido: 02.12.2022
Aceite: 10.05.2023

Como citar este artigo: Santos J. Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro. Pensar Enf [Internet]. 2023 Ago; 27(1):87-94. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>



Introdução

Desde que surge a vida, os cuidados existem: é necessário “cuidar” da vida para que ela possa permanecer.^{1 (p.117)}

A Enfermagem não se pode desligar no seu foco nem na sua história das pessoas. Olhando para o passado, pode-se afirmar que a Enfermagem e o seu desenvolvimento como arte e ciência está intrincada na atenção da Mulher. Desde sempre, que a Mulher assume o papel de cuidadora no seio familiar, promovendo o desenvolvimento harmonioso dos filhos, garantindo a higiene e a manutenção do lar/domicílio, auxiliando na recolha de alimentos e na sua preparação, para nomear algumas. Estas responsabilidades inseridas no papel da Mulher-Mãe estão presentes até ao dia de hoje, apesar das significativas mudanças sociais que a família e a sua representação atualmente apresentam. Historicamente, a Mulher teve um papel social menos ativo até ao século XX – O Século das Guerras. Apesar desse apagamento social, a Mulher não deixou de ser uma pedra basilar na sociedade ao longo dos séculos, não só pelo seu crítico desempenho na família – unidade estrutural e fundamental da sociedade – mas também pelo seu envolvimento nas causas sociais, solidárias e misericordiosas.^{2,3}

Adicionalmente, não se pode negar a relação histórica da Enfermagem com a religião. No caso de Portugal, o Cristianismo, com o seu fundamento altruísta e fraternal, está associado ao cuidado ao próximo. Olhando para as obras de misericórdia difundidas pelas Igreja Católica, salienta-se as sete obras de misericórdia corporais (alimentar os famintos, dar de beber aos quem têm sede, vestir os despidos, abrigar os sem abrigo, visitar os doentes, visitar os presos e sepultar os mortos) e as sete obras de misericórdia espirituais (ensinar os ignorantes, aconselhar os duvidosos, advertir os pecadores, suportar os erros pacientemente, perdoar as ofensas, confortar os tristes, rezar pelos vivos e pelos mortos)⁴. Pelo descritivo das obras de misericórdia, pode-se afirmar que os valores ou princípios fundamentais da Enfermagem se encontram imiscuídos nestes princípios religiosos. Esta relação íntima entre a Enfermagem e a Religião foi exponenciada durante a Idade Média, devido às epidemias, aos confrontos bélicos e à fome que vieram agravar as condições sociais e de saúde. Neste sentido, a religião surgiu como porto de abrigo para a sociedade medieval, providenciando os cuidados de saúde necessários através da intervenção das ordens religiosas.⁵

Apesar deste papel da religião na sociedade, a expressão desta atenção na maioria dos casos era feita pela Mulher, envolvida na ação das ordens religiosas da época. Deste modo, pode-se constatar a tríade Enfermagem – Mulher – Religião, cujo pináculo assume-se em Florence Nightingale – a mãe da Enfermagem moderna. No século XIX, durante a guerra da Crimeia, a falta de condições assistenciais aos militares levou Nightingale a reformular e reestruturar as condições existentes – higiene e limpeza, alimentação, ventilação, luminosidade, organização e separação de circuitos e espaços, entre outras. Este laboratório serviu de catapulta para o seu contributo nos cuidados de saúde modernos.⁵⁻⁷

Esta reflexão surge no seguimento da análise da prática diária como Enfermeiro, num sentido de melhoria contínua. Deste modo, compreendendo a história profissional, os paradigmas da profissão e o posicionamento da Enfermagem em termos sociais no mundo atual, pode-se perspetivar possibilidades de caminhos para a profissão. Com o presente artigo pretende-se refletir sobre a evolução histórica da Enfermagem em Portugal e perspetivar o futuro da Enfermagem portuguesa à luz das influências internacionais. Para o seu desenvolvimento será abordado o percurso histórico abreviado: de Nightingale ao modelo biomédico até aos modelos de Enfermagem – implicações na prática de cuidados de Enfermagem; o Cuidado Centrado na Pessoa/cliente e a individualização da intervenção; e a Enfermagem Avançada e a Prática Avançada de Enfermagem.

Formatado para um cuidado holístico desde o início da formação, criando um distanciamento do modelo biomédico, centrado em sinais e sintomas, a prática profissional pautou-se pela individualização dos cuidados. Neste sentido e no de desenvolvimento de competências, tornou-se evidente repensar as práticas profissionais para avançar os cuidados de Enfermagem prestados na fase de transição de enfermeiro generalista para enfermeiro especialista.

Percurso Histórico Abreviado: de Nightingale aos Modelos de Enfermagem – Implicações na Prática de Cuidados de Enfermagem

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”.⁸ Esta definição de saúde de meados do século XX tenta abarcar mais que o domínio físico da saúde, i.e., a ausência de doença, de origem na física clássica, mecanicista. Pode-se considerar que esta visão dualista entre saúde e doença está na base do modelo biomédico, centrado em sinais e sintomas – aspetos objetivos, mensuráveis – e no processo de cura.⁹

O modelo biomédico guiou a formação em Enfermagem devido às relações profissional e formativa íntimas entre o Médico e o Enfermeiro. Segundo o este modelo, os cuidados de Enfermagem são centrados em rotinas ou tarefas que deem resposta às necessidades físicas da pessoa doente. Nesta linha de pensamento, surge a imagem da Enfermagem como subalterna da Medicina, tendo como objetivo a cura ou o controlo da doença, sendo o médico o principal responsável pelos cuidados de saúde.⁹

Retomando a influência da religião – o Cristianismo – na Enfermagem, o modelo biomédico veio acrescentar à Enfermagem os valores do romanticismo e do pragmatismo. Embebida desde a sua génese em asceticismo, a Enfermagem sempre teve um foco de doação e dedicação total ao outro. Com a evolução científica e a consolidação do modelo biomédico, a subjugação ao médico e a tecnicidade da profissão tornaram-se também

predominantes na Enfermagem. Com estas concepções subjacentes, pode-se afirmar que Enfermagem se encontra entre os cuidados ao corpo, influência da Medicina, e os cuidados ao espírito ou à alma, resultado do peso religioso.⁹

Com a revolução de Nightingale, a Enfermagem acrescentou Ciência à sua Arte¹. O desenvolvimento do corpo de conhecimento próprio da Enfermagem, pode-se afirmar que foi iniciado pelo trabalho de Nightingale.¹⁰ No contexto multidisciplinar da saúde, não se pode ignorar a influência que as diversas disciplinas têm entre si. Em constante desenvolvimento, o corpo de conhecimento próprio da Enfermagem, requisito para a definição da profissão e da disciplina, sofre mutações que desenvolvem a prática da Enfermagem.^{10,11} Para Florence Nightingale, a Enfermagem centra-se no cuidado à pessoa, ao invés de no processo de Enfermagem, na relação terapêutica ou no Enfermeiro. Assim, a Enfermagem molda-se para dar resposta às necessidades de cada pessoa. O Enfermeiro e a pessoa cuidada são influenciados pelos fatores ambientais que devem ser abordados para que sejam modificados no sentido de um melhor cuidado à pessoa de acordo com as suas necessidades. Foi com o trabalho de Nightingale que se desenvolveu a formação em Enfermagem, pois na sua perspectiva os Enfermeiros deveriam ter treino e formação específica para o seu trabalho, permitindo a melhoria dos cuidados prestados.^{10,11}

Durante o século XX, foram diversos os modelos conceptuais da Enfermagem desenvolvidos. Pepin et al.¹⁰ classificam as teóricas de Enfermagem em cinco escolas de pensamento:

- Escola das Necessidades: centrada nas situações de dependência, a Enfermagem suplementa ou complementa a pessoa para satisfazer as necessidades fundamentais, promovendo a independência (Roper, Henderson);
- Escola da Interação: centrada no processo terapêutico interpessoal entre o Enfermeiro, a pessoa e o contexto de forma a facilitar os processos de transição e maximizar a funcionalidade em saúde (Peplau, King);
- Escola dos Resultados: centrada na adaptação da pessoa ao meio (interno ou externo), promovendo respostas adaptativas adequadas (Roy, Neuman);
- Escola do Ser Humano Unitário: centrada no bem-estar da pessoa, maximizando o potencial individual de saúde, em cada momento e lugar (Newman, Rogers);

- Escola do Cuidar: centrada no processo fenomenológico de partilha entre o Enfermeiro e a pessoa cuidada (Leininger, Watson).

Os modelos teóricos em Enfermagem servem de lente para olhar e compreender a realidade dos cuidados de Enfermagem. Na sua concepção, existem quatro conceitos metaparadigmáticos que fundamentam o modelo teórico – Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente. Resultante da influência dos paradigmas vigentes as diversas escolas de pensamento em Enfermagem deram corpo à Ciência produzida.¹⁰

Na atualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, pode-se afirmar que o paradigma holístico e a Enfermagem holística estão a nortear a realidade profissional. Assim, a *Enfermagem abrange o cuidado de indivíduos, famílias, grupos e comunidades, doentes ou saudáveis e em todos os ambientes. [...] Inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado de pessoas doentes, com deficiência e em processo de morte. Proteção, promoção de um ambiente seguro, investigação, participação na formulação de políticas de saúde e na gestão de doentes e de sistemas de saúde e educação são também papéis importantes da Enfermagem.*¹² Neste sentido, a pessoa é muito mais que uma fonte de sinais e sintomas, tem uma história e uma vivência prévias (cultura, religião, espiritualidade, relacionamentos, entre outros) que influenciam a forma de estar e de interagir com o outro (neste caso com o Enfermeiro). É nesta interação que o Enfermeiro reforça a existência e singularidade da pessoa em processo de doença.^{13,14}

O Cuidado Centrado na Pessoa/Cliente e a Individualização da Intervenção

O Modelo de Enfermagem Centrada na Pessoa reflete os ideais de cuidado humanístico, onde existe uma componente moral e a prática de Enfermagem tem na sua base uma intencionalidade terapêutica, que se traduz em relações construídas a partir de relações interpessoais eficazes.¹⁵ Segundo o modelo, a Enfermagem é uma abordagem à prática estabelecida através da formação e promoção de relações terapêuticas, tendo como base o respeito pela pessoa; o direito individual à autodeterminação; e o respeito e compreensão mútuos, através de culturas de empoderamento promotoras de desenvolvimento humanista.¹⁵ Segundo McCormack & McCance¹⁵ a Enfermagem Centrada na Pessoa é focada em 3 grandes aspetos:

- Competências do enfermeiro (competências profissionais, competências pessoais, compromisso com o trabalho e características pessoais);

¹ Para Hesbeen⁴³, *cuidar é uma arte, é uma arte terapêutica, (...) que lbe não permitir ajudar alguém, na sua situação singular* (p.37).

- Aspectos organizacionais (tempo, combinação de habilidades e o papel do enfermeiro);
- Atributos do cliente.

Além do foco na competência técnica é extremamente importante o desenvolvimento de práticas de cuidado humanísticas e holísticas para abraçar todas as formas de conhecer e agir para promover a escolha e parceria na tomada de decisão no cuidado.¹⁵

A teoria de médio-alcance de Enfermagem Centrada na Pessoa caracteriza-se por quatro aspectos fundamentais:^{15,16}

- Pré-Requisitos: focam-se nos atributos do enfermeiro e incluem ser profissionalmente competente, desenvolver habilidades interpessoais, autoconhecimento, estar comprometido com o trabalho, ser capaz de demonstrar clareza de crenças e valores e conhecer a si mesmo;
- Ambiente de Cuidado: concentra-se no contexto onde os cuidados são prestados e incluem uma combinação apropriada de habilidades; sistemas que facilitam a tomada de decisão partilhada; relações entre os elementos da equipa eficazes; partilha responsável do poder; ambiente físico; sistemas organizacionais de apoio; potencial para inovação e tomada de riscos.
- Processos Centrados na Pessoa: focam-se na prestação de cuidados por meio de atividades que operacionalizam centrada na pessoa Enfermagem e incluem trabalhar com as crenças e valores do cliente; partilha de decisões; envolvimento autêntico; presença empática; prestação de cuidados holísticos;
- Resultados Esperados: incluem uma experiência positiva com o cuidado prestado; envolvimento no cuidado/prestação de cuidados; sentimento de bem-estar; a existência de uma cultura saudável.

Os Cuidados Centrados na Pessoa desenvolvem-se a partir da comunicação entre a pessoa e o profissional. Assim, as intervenções do enfermeiro devem focar a escuta das narrativas das pessoas sobre a sua experiência de adoecer, o significado pessoal que atribui à doença e as restrições sociais causadas pelo sofrimento e dos sintomas. Através da compreensão destas experiências, o enfermeiro pode fortalecer o envolvimento da pessoa nas decisões de cuidados.¹⁷

Quando é estabelecida uma comunicação eficaz, demonstra-se interesse em escutar e o profissional disponibiliza-se para compreender a perspetiva da pessoa,

isso faz com que ganhe mais confiança na pessoa, é criado um ambiente de cuidados em que existe uma maior partilha sobre os seus sentimentos e há maior envolvimento no processo de tomada de decisão.¹⁷

O modelo centrado na pessoa realça a interação significativa entre o enfermeiro e a pessoa. Nesse aspeto, McCormack & McCance¹⁵ ao descrever os processos centrados na pessoa enuncia o *Envolvimento*² como espelho da qualidade da relação enfermeiro-pessoa. De acordo com a capacidade de resolução conjunta de problemas e/ou de trabalhar em conjunto, os autores descrevem três níveis: envolvimento total, não-envolvimento parcial e não-envolvimento total.

Na revisão de 2017, McCormack & McCance¹⁶ renomeiam o processo para *Envolvimento Autêntico*³. Na sua descrição, Envolvimento Autêntico é considerado como a conexão do Enfermeiro com o doente/pessoa e família (ou outras pessoas significativas), determinada pelo conhecimento da pessoa, clareza de crenças e valores, conhecimento de si mesmo e experiência profissional. Esta interação entre enfermeiro e pessoa é única, quer pelos indivíduos que a compõem, quer pelo momento em que é estabelecida. Apesar desta mudança, os autores mantêm os níveis de envolvimento descritos anteriormente.

Pela análise da prática de cuidados, denota-se nos registos de Enfermagem a presença do modelo biomédico. Apesar do modelo teórico de Enfermagem adaptado pela instituição ser o de Roper, Logan e Tierney sobre as Atividades de Vida Diária, os registos de Enfermagem elaborados na maioria das situações dão resposta/visibilidade às tarefas efetuadas, ao controlo sintomático, aos programas de melhoria contínua e/ou às necessidades ou obrigações da componente diretiva/gestão. A sua forma de organização e de estrutura, os registos têm como base a satisfação das necessidades/atividades de vida diária, porém denota-se o registo na funcionalidade.

Considera-se que os registos de Enfermagem documentam os cuidados prestados, dando visibilidade aos mesmos. Apesar da sua importância, são remetidos para segundo plano em situações mais complexas ou de sobrecarga de trabalho.^{18–20}

Com efeito, o descrito anteriormente vai de encontro ao descrito por Kärkkäinen et al.²¹. Os registos parecem refletir, com frequência, as tarefas desempenhadas pelos enfermeiros, em vez dos cuidados personalizados. Adicionalmente, fazem referência à forma de se fazer registos, que é preconizada pelas instituições o que pode ser impeditiva da realização de registos centrados nos cuidados individualizados. Assim, o conteúdo dos registos de

² Tradução livre do termo Engagement descrito por McCormack & McCance¹⁵.

³ Tradução livre do termo Engagement Authentically descrito por McCormack & McCance¹⁶.

Enfermagem não atende a critérios abrangentes e centrados na pessoa.

Adicionalmente, Kärkkäinen et al.²¹ consideram que a visibilidade do cuidado individualizado nos registos de Enfermagem deve ter em consideração a vivência, as necessidades e os desejos das pessoas cuidadas e que os planos de cuidados devem ser elaborados com a pessoa/doente e família. Ainda que deva existir esta cooperação entre enfermeiro/pessoa, a documentação dos cuidados não deve ser excluir o conhecimento técnico do profissional, a tecnologia, a prática do cuidar nem os princípios éticos.

A Enfermagem Avançada e a Prática Avançada de Enfermagem na realidade portuguesa

A Enfermagem em Portugal sofreu um grande desenvolvimento no último século. Esta explosão verificou-se não só na sua prática efetiva de cuidados, associada à evolução do conhecimento médico e à exigência das pessoas cuidadas face aos cuidados prestados, mas também na sua formação, através da integração da Enfermagem como curso superior (bacharelato e posteriormente licenciatura) e o desenvolvimento dos cursos de mestrado e de doutoramento em Ciências de Enfermagem.²²

Com a evolução na prática de cuidados, houve a necessidade de regular a profissão – desenvolveu-se o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e deu-se a criação da Ordem dos Enfermeiros. No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros²³, o enfermeiro desenvolve dois tipos de intervenções, por um lado, as autónomas, iniciadas pela prescrição do enfermeiro, por outro as interdependentes, iniciadas na prescrição de outro profissional de saúde.

Em alguns países, por dificuldades na assistência médica, desenvolveu-se as competências técnicas de alguns enfermeiros, ficando legalmente habilitados para o diagnóstico, prescrição terapêutica e prescrição de exames complementares de diagnóstico e sua interpretação. Este acréscimo de competências médicas no enfermeiro veio fomentar a criação do *Nurse Practitioner*⁴.^{22,24,25}

Na concepção do International Council of Nurses (ICN), os Nurse Practitioners “são enfermeiros generalistas que, após formação adicional (mestrado para o nível de entrada), são clínicos autónomos”.²⁶ Pode-se equiparar, na realidade nacional, este avanço na prática de Enfermagem, ao desenvolvimento de competências interdependentes do enfermeiro. Também Gardner et al.²⁷ e Silva²² equiparam na sua conceção o Nurse

Practitioner como um modelo híbrido entre médico e enfermeiro, assente no modelo biomédico.

Face a este avanço na prática de Enfermagem, tornou-se premente definir o caminho para onde se queria desenvolver o corpo, a prática e a ciência de Enfermagem. A Canadian Nurses Association definiu enfermeiros de Prática Avançada como:

Termo abrangente para Enfermeiros e Nurse Practitioners que integram a preparação educacional de enfermagem de pós-graduação com conhecimentos de enfermagem clínica especializados e aprofundados na tomada de decisões complexas para atender às necessidades de saúde de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações.²⁸

Estes enfermeiros de prática avançada têm competências: abrangentes/alargadas na prestação de cuidados diretos; para a otimização dos sistemas de saúde; educacionais/formativas; de investigação; liderança; e de consulta e colaboração.²⁸

Mais recentemente, o ICN definiu a Enfermagem de Prática Avançada como:

Cuidados de saúde aprimorados e ampliados e intervenções desenvolvidas por enfermeiros que, numa capacidade avançada, influenciam os resultados em saúde e fornecem serviços de saúde diretos a indivíduos, famílias e comunidades.²⁶

No mesmo documento, o ICN compreende o *Clinical Nurse Specialist*⁵ como um profissional com conhecimentos avançados em Enfermagem, além dos desenvolvidos na formação generalista ou de especialidade, para a tomada de decisões complexas num determinado contexto específico, promovendo a qualidade e impactando positivamente os serviços de saúde.²⁶ Esta designação profissional, surge em resposta ao desenvolvimento do contexto da prática de cuidados especializados, exigindo formação acrescida além da Especialidade em Enfermagem. Comparando com a realidade portuguesa, a aquisição da Especialidade em Enfermagem pelo grau académico de mestrado – nível de referência para a atribuição do título de *Clinical Nurse Specialist*²⁶ – pode ser considerado um caminho para o desenvolvimento, ou melhor, para o avanço da prática da Enfermagem portuguesa.

Nesta linha de pensamento e na realidade nacional, Silva²² delineou a Enfermagem Avançada como um desenvolvimento das competências na área do cuidar e de tomada de decisão. Deste modo, o desenvolvimento dos cursos de mestrado e de doutoramento em Enfermagem vêm aprofundar o conhecimento das respostas humanas

⁴ Optou-se por manter a designação original/internacional, por não haver correspondência na prática portuguesa.

⁵ Optou-se por manter a designação original/internacional, por não haver correspondência na prática portuguesa.

aos cuidados prestados, mas também desenvolver as competências dos enfermeiros para a prestação efetiva de cuidados.²⁹ No contexto do enfermeiro especialista, a Ordem dos Enfermeiros definiu quatro domínios das competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.³⁰

No sentido do desenvolvimento das competências em Enfermagem, Benner³¹ conceptualizou-o em cinco níveis ou fases, podendo as fases de Proficiente e de Perito ser enquadradas com as competências do enfermeiro especialista. No seu descritivo, o enfermeiro proficiente apreende e compreende as situações de cuidados como parte de um processo de vida, tomando decisões baseadas no modelo holístico e aprendendo e modelando a prática/tomada de decisão com a experiência. Relativamente ao enfermeiro perito, este suporta a sua ação a partir da intuição, sendo o seu desempenho elevado.³¹

Comparando com o Strong Model of Advanced Practice^{27,32}, pode-se afirmar que as competências comuns do enfermeiro especialista vão ao encontro das cinco áreas de prática avançada, sendo a prestação dos cuidados de especialidade⁶ correspondentes aos Cuidados diretos integrais⁷, e aos processos subjacentes da prática avançada.

Conclusão

Na Lei de Bases de Saúde³³ está subjacente os princípios da qualidade e da segurança em saúde. A Enfermagem, como ciência da saúde, procura dar resposta a Qualidade e Segurança em saúde.²⁵

A OMS entende Qualidade em saúde como um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos, resultados de saúde positivos para os utentes e com eficiência na utilização dos recursos disponíveis³⁴. Adicionalmente, considera-se a qualidade em saúde como uma relação entre os profissionais e os utentes/populações que visa os melhores resultados em saúde desejáveis, de acordo com o conhecimento atual.³⁵

Por outro lado, Segurança em saúde é mais do que “a prevenção de danos aos pacientes”.³⁵ Para Mitchell³⁶, *patient safety* significa a ausência de danos evitáveis e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, tendo como base o conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto onde o cuidado foi prestado, em comparação com o risco

de não tratamento ou de outro tratamento. Desta forma, qualidade e segurança em saúde surgem interligadas.

No sentido de excelência profissional e no desenvolvimento do seu corpo de conhecimento como ciência, torna-se fundamental para a Enfermagem⁸ focar-se no incremento de competências para o desempenho centrado na pessoa – alvo primordial dos cuidados de Enfermagem.²² Olhando para a evolução histórica da Enfermagem e para o paradigma vigente, faz sentido compreender a teoria de médio alcance dos Cuidados Centrados na Pessoa. No contexto específico da Reabilitação, a abordagem centrada na pessoa torna-se uma prática de excelência: abordar a pessoa de forma holística, para resolver as suas dificuldades do dia-a-dia, considerando-a como um especialista na sua vivência/experiência vivencial; e colocar ênfase na participação e capacitação, respeitando a pessoa além da deficiência ou doença.³⁷

Na realidade de cuidados, as principais barreiras aos cuidados centrados na pessoa vão ao encontro das descritas por Moore et al.³⁸, nomeadamente práticas e estruturas tradicionais, a restrição de tempo e a documentação e organização da instituição. Adicionalmente, a falta de documentação de suporte aos cuidados centrados na pessoa e a pouca visibilidade dos reais dos cuidados prestados nos registos, acentuam as dificuldades na implementação desta tipologia de cuidados.

A intervenção multidisciplinar em saúde, não só de diversas especialidades médicas, mas também de diversos profissionais de saúde, torna os cuidados em saúde um mar de intervenções, no qual a pessoa se poderá naufragar. Portanto, apreendendo o paradigma holístico para a sua prática, a Enfermagem poderá ser considerada uma base segura, ou melhor um porto de abrigo, a partir da qual, em conjunto com a pessoa, se desenvolvem estratégias, processos, entre outros, de melhoria da sua saúde e de redução do impacto da sua situação de doença no seu percurso vivencial.³⁹

Apesar das necessidades sentidas noutros países para a inclusão de competências do foro médico no enfermeiro⁴⁰, em Portugal a média de enfermeiros encontra-se abaixo da média da OCDE.⁴¹ Neste sentido, pode-se afirmar que, havendo dificuldade na prestação de cuidados de Enfermagem à população, não fará sentido a aquisição de competências extraprofissionais. Contudo, na bibliografia salienta-se que os enfermeiros com competências acrescidas – Nurse Practitioners – acrescentam valor na visão e na prestação de cuidados de Enfermagem à população.^{24,27}

⁶ De acordo com os diversos Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.

⁷ Tradução livre de *Direct comprehensive care* utilizado no modelo de Mick & Ackerman³².

⁸ Enfermagem, entenda-se por enfermeiros na prestação de cuidados, docentes das Escolas Superiores de Enfermagem e investigadores em Enfermagem.

Em suma, analisando a perspectiva histórica da Enfermagem ao longo dos séculos, desde o seu período abnegado, passando pela época romântica⁹ pela medicina e pela fase tecnicista, compreende-se algumas práticas atuais e dúvidas na perspectiva de futuro.⁹ Assim, o desenvolvimento do conhecimento e da prática em Enfermagem deverá passar pelo reconhecimento e avanço das competências centrais da disciplina.²² É fundamental para o desenvolvimento da Enfermagem uma aproximação entre a produção científica – de domínio escolar – e a prática de cuidados – de domínio comunitário e hospitalar. Facilitador deste processo é o desenvolvimento da especialidade em Enfermagem como curso de mestrado, promovendo não só práticas diferenciadas, mas também um olhar e pensamento críticos dos profissionais.²⁹ Neste processo, não se deverá remeter para segundo plano a existência de outras ciências – da saúde, sociais e humanas, entre outras – que fomentarão o desenvolvimento do corpo da Enfermagem, mas também, torna-se fundamental a divulgação da produção científica em Enfermagem, de forma a dar visibilidade à ciência e à prática da disciplina.^{22,40,42}

Contribuições autorais

JS: Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

O autor declara que não há conflito de interesses.

Referências

- Collière MF. Cuidar... A primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003.
- Carvalho ACC. O infirmarius, precursor medieval do enfermeiro. *Pensar Enferm*. 2016;20(1):63–78.
- Donoso MTV. O gênero e suas possíveis repercussões na gerência de enfermagem. *REME Rev Min Enferm*. 2000;67–9.
- Delany J. Corporal and spiritual works of mercy [Internet]. *Catholic Encyclopedia*. 1911 [cited 2021 Mar 29]. Available from: <https://www.newadvent.org/cathen/10198d.htm>
- Santos LFCL. Uma história de enfermagem em Portugal (1143-1973): a constância do essencial num mundo em evolução permanente. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2013.
- Machado MRS. A divulgação do conhecimento em periódicos de enfermagem e a evolução da profissão, em Portugal, no século XX e início do século XXI. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2014.
- Hill AJ. Nightingale sainte ou diablesse? *L'infirmière canadienne*. 1980 Nov; 22(10):34-36
- Segre M, Carvalho Ferraz F. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1997 Out.; 31(5): 538-42.
- Pearson A, Vaughan B. Modelos para o exercício de enfermagem. In: Modelos para o exercício de enfermagem [Internet]. Lisboa: ACEPS; 1992 [cited 2021 Mar 30]. p. 16–27. Available from: https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-61877-dt-content-rid-276003_1/courses/202021-S1-6734-0-6734003-1/Pearson_%26_Vaughan_-_Modelo_biomédico_teorias_2cop..pdf
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F. *La pensée infirmière*. 4ª ed. Quebec: Beauchemin Publisher; 2017.
- McEvoy L, Duffy A. Holistic practice: a concept analysis. *Nurse Educ Pract*. 2008 Nov; 8(6):412-9.
- International Council of Nurses. Nursing definitions [Internet]. 2002 [cited 2021 Mar 30]. Available from: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- American Nurses Association. *Nursing: scope and standards of practice*. Silver Spring, 2nd ed. Silver Spring, MD: Nursesbooks; 2010;163.
- Crema R, Brandão DHS. O novo paradigma holístico: ciência, filosofia, arte e mística. 2ª ed. São Paulo: Summus Editorial; 1991
- McCormack B, McCance T. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*. 2006;56(5):472–9.
- McCormack B, McCance T. *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice*. 2ª ed. Nova Jersey: Wiley-Blackwell; 2017.
- Brink E, Skott C. Caring about symptoms in person-centred care. *Open J Nurs*. 2013;03(08):563–7.
- De Marinis MG, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglini D, et al. “If it is not recorded, it has not been done!”? Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *J Clin Nurs*. 2010;19(11–12):1544–52.
- Silva AAP. *Sistemas de informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2001.
- Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualised nursing care: A literature review. *Int. J. Nurs. Stud*. 2009 Dec; 46(12):1637–49.
- Kärkkäinen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care: A qualitative metasynthesis. *Nurs Ethics*. 2005;12(2):123–32.

⁹ Termo utilizado por Pearson & Vaughan⁹

22. Silva AP. Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2007;55(1-2):11-20.
23. Decreto-Lei n.º 161/1996. Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. *Diário da República, I Série-A*. 1996 Abr 21;1739-57.
24. Gray A. Advanced or advancing nursing practice: What is the future direction for nursing? *Br J Nurs*. 2016;25(1):8-13.
25. Olímpio JA, Araújo JNM, Pitombeira DO, Enders BC, Sonenberg A, Vitor AF. Prática avançada de enfermagem: uma análise conceitual. *Acta Paul. de Enferm*. 2018;31(6):674-80.
26. Schober M. Guidelines on advanced practice nursing 2020. Switzerland: International Council of Nurses; 2020.
27. Gardner G, Chang AM, Duffield C, Doubrovsky A. Delineating the practice profile of advanced practice nursing: A cross-sectional survey using the modified strong model of advanced practice. *J Adv Nurs*. 2013;69(9):1931-42.
28. Canadian Nurses Association. Advanced practice nursing: A pan-canadian framework. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2019.
29. Decreto-Lei n.º 74/2006. Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República, I Série*. 2006 Mar 24;2242-57.
30. Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, II Série*. 2019 Fev. 6;4744-50.
31. Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs*. 1982;82(3):402-7.
32. Mick DJ, Ackerman MH. Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: Application of the strong model of advanced practice. *Heart Lung: J. Acute Crit. Care*. 2000;29(3):210-21.
33. Lei n.º 95/2019. Lei de bases da saúde. *Diário da República, I Série*. 2019 Set. 4;55-66.
34. World Health Organization. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde Geneve: WHO; 2020.
35. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000.
36. Mitchell PH. Patient safety and quality: patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
37. Lepage A, Gzil F, Cammelli M, Lefevre C, Pachoud B, Ville I. Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disabil Rehabil*. 2007;29(20-21):1555-65.
38. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(4):662-73.
39. McCormack B. My vision for nursing. *Projetar Enfermagem*. 2019; 2:6-12.
40. Rolfe G. Understanding advanced nursing practice. *Nurs Times*. 2014;110(27):20-3.
41. Miller FH. Health care resources. In: Miller FH. *Rights and resources*. London: Routledge; 2018. p. 317-594.
42. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs*. 2004 Jul;47(1):81-90.
43. Hesbeen W. *Cuidar no hospital: enquadrar cuidados os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência; 2000.