



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Controlo da Fragilidade da Pessoa em Situação Crítica:
Intervenção Especializada de Enfermagem na Terapia
Nutricional**

Raquel Alexandra Rodrigues Roxo Viola

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Controlo da Fragilidade da Pessoa em Situação Crítica:
Intervenção Especializada de Enfermagem na Terapia
Nutricional**

Raquel Alexandra Rodrigues Roxo Viola

Orientador: Professora Maria Teresa Sarreira Leal

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

PENSAMENTO

“Education is not to reform students or amuse them or to make them expert technicians. It is to unsettle their minds, widen their horizons, inflame their intellects, teach them to think straight, if possible.”

Robert Maynard Hutchins

AGRADECIMENTOS

À Prof. Teresa Leal pelo apoio desde o início do percurso de mestrado e pela exigência, rigor e confiança nas minhas capacidades.

À Prof. Teresa Pessoa pelo acompanhamento e orientação, pela paciência e motivação incansável, e por me ajudar a “descobrir a pólvora”!

A todos os professores que contribuíram para a minha formação e desenvolvimento académico e pela capacidade de resiliência perante os obstáculos que a pandemia COVID19 impôs no decorrer das atividades letivas.

Às minhas companheiras de mestrado pela amizade e pelos momentos de alegria e apoio.

Ao Pedro, o meu companheiro de vida, por estar presente nos momentos de alegria e sucesso, e pelo apoio nos momentos de tristeza, cansaço e frustração. Não conseguia sem ti!

Aos meus colegas de trabalho pelas trocas infundáveis que contribuíram para o sucesso do meu percurso, pelos momentos de descontração e brincadeira durante os turnos, pelas conversas, partilhas e apoio.

Às minhas enfermeiras orientadoras, que numa fase tão tumultuosa e exigente da nossa vida profissional me integraram nos locais de estágio e orientaram neste percurso, e aos colegas das equipas de enfermagem que me acolheram.

A todos os doentes de quem cuidei durante o estágio, que me proporcionaram as experiências que me permitiram desenvolver o meu trabalho académico com sucesso, e de quem cuidei ao longo do meu percurso profissional, que fizeram de mim a enfermeira que sou hoje.

A todos, um bem hajam!

RESUMO

A fragilidade é um conceito que tem vindo a ser utilizado em diversos contextos da prática clínica. A fragilidade da pessoa em situação crítica aparenta ser um fator determinante no seu prognóstico clínico, pois altera a sua capacidade de recuperação e está associada a resultados indesejáveis como elevados níveis de mortalidade, utilização frequente dos serviços de saúde e desenvolvimento de incapacidade.

A terapia nutricional surge como intervenção à pessoa em situação crítica na atenuação da resposta inflamatória e catabólica exagerada à doença crítica através da seleção e administração, pela via adequada, de nutrientes, vitaminas e outros elementos de forma individualizada, para atender a necessidades nutricionais específicas, presentes antes do internamento (obesidade, perda ponderal, etc.) ou que surgem na sua sequência (doente queimado, politraumatizado, com sepsis, etc.).

A literatura demonstra que os enfermeiros aparentam ter uma atitude passiva e de desresponsabilização sobre os cuidados na terapia nutricional da pessoa em situação crítica. No entanto, ocupam uma posição privilegiada na prestação de cuidados, relativamente a outros grupos profissionais, que pressupõe uma responsabilidade de advogarem pela qualidade dos cuidados de enfermagem, no sentido de promover melhores resultados para a pessoa em situação crítica.

O estágio a que se refere este relatório decorreu em dois contextos diferentes, cujo percurso me permitiu adquirir e desenvolver conhecimentos e competências especializadas de enfermagem, e cimentar a relação entre os conceitos de pessoa em situação crítica, terapia nutricional e fragilidade na prática clínica, estabelecida na revisão de literatura, através da translação do conhecimento. A estruturação e organização desses conhecimentos e competências especializadas de enfermagem foi suportada na teoria de enfermagem *Fundamentals of Care*, que procura captar a complexidade e multidimensionalidade da prática da enfermagem, focando-se nas ações do dia-a-dia, integrando-as no pensamento, reflexão e avaliação do enfermeiro.

O meu percurso de estágio permitiu-me concluir que a pessoa em situação crítica é, efetivamente, frágil, que o grau dessa fragilidade influencia o seu percurso de doença e de recuperação, e que a terapia nutricional deve constar das prioridades nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica pelo controlo que exerce sobre o seu grau de fragilidade, constituindo-se como uma prática baseada na evidência.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; terapia nutricional; fragilidade; enfermagem baseada em evidência; teoria de enfermagem.

ABSTRACT

Frailty is a concept that has been used in many contexts of clinical practice. Frailty in the critically ill seems to be a determinant factor of their prognosis, since it alters their ability to recover and is related to negative outcomes such as high levels of mortality, regular use of health services and growing inability.

Nutritional therapy emerges as an intervention in the critically ill scenario as a means to attenuate the exaggerated inflammatory and catabolic response to critical illness, through the selection and administration of nutrients, vitamins, and other elements in an individualized manner, through the appropriate route of administration, to attend the specific nutritional needs, present prior to admission (obesity, weight loss, etc.) or in its sequence (burn patient, multitrauma, sepsis, etc.).

Evidence shows that nurses usually adopt a passive attitude and general disclaimer over the care involved in nutrition therapy in the critically ill. However, nurses stand in a privileged position, comparing to other members of the care team, that comes with the responsibility to advocate for the quality of nursing care, to promote outcome improvement.

The internship this report refers to took place in two different contexts of care, during which I was able to acquire and develop knowledge and specialized nursing skills, and cement the relationship between the concepts of critically ill, nutritional therapy, and frailty, in the clinical practice, established through my literature review, through knowledge translation. The structuring and organization of said knowledge and skills was supported by the Fundamentals of Care nursing point-of-care theory, which aims to capture the complexity and multidimensionality of the nursing practice, focusing on daily actions, integrated in the nurse's thoughts, reflection and judgment.

With my internship, I was able to arrive to the conclusion that the critically ill patient is fragile, the degree of such frailty influences their course of illness and recovery, and that nutritional therapy must account as a priority in critical care nursing due to the control it exerts over the degree of frailty of those patients, consisting in an evidence-based practice.

Keywords: critically ill; nutrition therapy; frailty; evidence-based nursing; nursing theory

LISTA DE SIGLAS

APNEP – Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de Vida Diária
CFS – *Clinical Frailty Scale*
COVID19 – *Corona Virus Disease 2019* (doença do novo coronavírus 2019)
DGS – Direção-Geral da Saúde
EC – estudo de caso
ECLS – *ExtraCorporeal Life Support*
EPI – equipamentos de proteção individual
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESPEN – *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*
FOC – *Fundamentals Of Care*
MAD – Malnutrição associada à doença
MeSH – *Medical Subject Headings*
NANDA – *North America Nursing Diagnosis Association*
NE – Nutrição Entérica
NP – Nutrição Parentérica
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBE – prática baseada na evidência
PCR – Paragem cardiorrespiratória
PICS – *Prolonged Inflammatory and Catabolic Response*
PSC – pessoa em situação crítica
SARS-CoV 2 – novo coronavírus
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SNG – sonda nasogástrica
SO – Serviço de Observação
SOG – sonda orogástrica
SR – Sala de Reanimação
SU – Serviço de Urgência
TN – Terapia Nutricional
UC – Unidade Curricular
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UPP – úlcera por pressão

VMI – ventilação mecânica invasiva

ÍNDICE

Introdução	19
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
1.1. A fragilidade e a pessoa em situação crítica	23
1.2. A desnutrição hospitalar e a terapia nutricional.....	27
1.3 Fragilidade da pessoa em situação crítica e a terapia nutricional	31
1.4. Intervenção especializada de enfermagem	34
1.5. Referencial teórico	35
1.5.1. Metaparadigmas de enfermagem – pensamento complexo de Edgar Morin ..	35
1.5.2. A Teoria de enfermagem <i>Fundamentals of Care</i> e o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa	37
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	45
2.1. Durante a pandemia COVID19.....	45
2.2. No Serviço de Urgência.....	47
2.3. Na Unidade de Cuidados Intensivos	57
2.4. Competência de partilha de conhecimentos e formação formal.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	
Apêndice I – Objetivos e Atividades	
Apêndice II – Portefólio Científico – Terapia Nutricional no Serviço de Urgência	
Apêndice III – Proposta de Protocolo de atuação – Terapia Nutricional na Pessoa em Situação crítica	
Apêndice IV –Intervenção Especializada de Enfermagem na Terapia Nutricional da Pessoa em Situação Crítica: slides com apresentação e objetivos da aula de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	

ANEXOS

Anexo I – *Clinical Frailty Scale*

Anexo II – *Nutrition Risk Screening* (NRS-2002)

Anexo III – Certificado de participação XXII Congresso APNEP

Anexo IV – Certificado de participação VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos

Anexo V – Declaração de participação como formadora na Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Intensivos no Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ciclo vicioso da fragilidade (McDermid et al., 2011).....	25
Figura 2. Esquema representativo das fases aguda e tardia da doença crítica (Singer et al., 2019).....	31
Figura 3. Três modos de pensamento (Hesbeen, 2000).....	35
Figura 4. Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa (McCormack et al., 2015).....	40
Figura 5. Relação pessoa-enfermeiro segundo a teoria FOC (Kitson et al., 2014).....	41
Figura 6. Estrutura conceptual da teoria FOC (Kitson et al., 2014).....	42
Figura 7. Operacionalização da estrutura conceptual da teoria FOC (Kitson, 2018)...	43
Figura 8. Modelo de Julgamento Clínico em Enfermagem (Tanner, 2006).....	50

INTRODUÇÃO

O conceito de fragilidade associado à pessoa em situação crítica (PSC) tem sido alvo de investigação recente, comprovando-se a sua relevância como fator determinante no prognóstico destas pessoas (Muscedere et al., 2017).

A evidência científica relacionada com a abordagem da fragilidade da PSC é ainda escassa, necessitando de maior consolidação da sua relevância para a prática de enfermagem. No entanto, a fragilidade da PSC emerge cada vez mais como uma componente importante para a avaliação destas pessoas em contexto clínico, com um grande potencial para ser uma aliada no planeamento dos cuidados e na intervenção à mesma (Athari et al., 2019; Lim et al., 2019).

Para além desse potencial, um outro motivo que contribuiu para o meu interesse na temática prende-se com o facto de o estado nutricional surgir de forma transversal na caracterização da fragilidade, podendo ser abordado como um fator modificável que pode contribuir para o controlo do grau de fragilidade de cada pessoa (Ahmad et al., 2018; Badrasawi et al., 2017; Hoogendijk et al., 2019; Lee & Heyland, 2019).

Sendo a nutrição uma área de intervenção autónoma de enfermagem e de meu interesse, que infelizmente nunca tive a oportunidade de trabalhar pelas restrições dos contextos profissionais onde me inseri, vejo essa oportunidade neste curso de mestrado. Acrescentando ao meu interesse pessoal na área, surge a relevância da desnutrição hospitalar, transversal a todos os contextos de cuidados de saúde, mas que surge com uma importância diferente na PSC.

Estima-se que a prevalência da desnutrição em ambiente hospitalar ronde 10-60% das pessoas no momento da sua admissão, em países desenvolvidos, tendo tendência para agravar ao longo do internamento (Marinho et al., 2019). De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019), a desnutrição hospitalar em Portugal abrange cerca de 28.5-47.3% das pessoas internadas, excluindo as PSC.

A nível internacional, é estimada uma prevalência da desnutrição em cerca de 38-88% das PSC, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (Kim et al., 2012). A nível nacional, contudo, todos os estudos consultados sobre a prevalência da desnutrição hospitalar possuíam como critério de exclusão as pessoas com necessidade de cuidados intensivos, ou seja, a PSC (Almeida et al., 2013; Teresa F. Amaral et al., 2007, 2010; Rita S. Guerra et al., 2017). A realidade da desnutrição na PSC em Portugal não possui uma caracterização precisa, tendo sido encontrados e consultados dois outros estudos, um sobre a avaliação nutricional da PSC (Pedro,

2019) e outro sobre a Abordagem Nutricional em Cuidados Intensivos (Estudo ANUCI) (Santos, 2015).

No que diz respeito às consequências que a desnutrição hospitalar pode acarretar, diversos estudos apontam para um aumento significativo da duração média do tempo de internamento, bem como um aumento dos custos hospitalares (Marinho et al., 2019). Para além do impacto económico, financeiro e organizacional, a desnutrição hospitalar acarreta consequências para a PSC, aumentando o seu grau de fragilidade, comprometendo o seu processo de recuperação e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida após a alta (Singer, 2019).

Por forma a proporcionar uma solução para o problema da desnutrição hospitalar, as últimas três décadas foram palco de avanços na compreensão da influência dos nutrientes na manutenção da homeostase da PSC, surgindo o conceito de suporte nutricional (McClave et al., 2016). Atualmente, o conceito evoluiu para terapia nutricional (TN), cujo objetivo é a atenuação da resposta inflamatória e hipercatabólica, a prevenção das lesões celulares oxidativas e a modulação da resposta imunitária da PSC (McClave et al., 2016; Perrin & MacLeod, 2018). A importância da TN cresce com a emissão das *guidelines* internacionais (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019), contribuindo para uma prática baseada na evidência (PBE) que influencia os resultados esperados para a PSC.

Os enfermeiros encontram-se numa posição única e ideal dentro da equipa multiprofissional, pela prestação de cuidados direta e permanente à PSC (DiMaria-Ghalili & Nicolo, 2014; Morphet et al., 2016). Esta privilegiada posição na prestação de cuidados à PSC implica a responsabilidade de advogar por uma prestação de cuidados adequada e baseada na evidência (Bloomer et al., 2018; Morphet et al., 2016). Assim, no meu percurso abordei a importância da intervenção especializada de enfermagem na TN sobre o controlo do grau de fragilidade da PSC.

Este relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica. O estágio teve lugar em dois contextos clínicos distintos, cujo percurso me permitiu dar resposta às competências definidas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL, 2010), bem como às competências definidas no Decreto-Lei n.º 65/2018, para a obtenção do grau académico de mestre.

Adicionalmente, atendendo à atribuição do grau de especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC pela Ordem dos Enfermeiros (OE), atentei e dei resposta às competências descritas no Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de

competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (2018) e no Regulamento N° 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2019).

O processo de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, aprendizagens e conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso foi orientado pela teoria de enfermagem *Fundamentals of Care* (FOC) (Kitson, 2018). Esta teoria procura captar a complexidade e multidimensionalidade da prática de enfermagem, focando-se nas ações do dia-a-dia, mas integrando-as e descrevendo-as como interações significativas entre o enfermeiro e a pessoa (Kitson et al., 2010; Kitson, 2018). Assente na definição de Enfermagem de Virginia Henderson, a teoria FOC destaca os fundamentos na prestação de cuidados de enfermagem, realçando o seu impacto e a sua importância na experiência subjetiva das pessoas sobre os cuidados de enfermagem que lhe são prestados (Kitson et al., 2013).

Para estruturar o meu desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, estabeleci como objetivo geral: desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, nomeadamente no âmbito da TN como meio para controlo do seu grau de fragilidade. Para atingir este objetivo de forma organizada e completa, estabeleci como objetivos específicos (Apêndice I):

- Desenvolver uma prática especializada de enfermagem à PSC, baseada na evidência científica;
- Desenvolver uma prática especializada de enfermagem à PSC suportada na Teoria FOC de Kitson e colaboradores;
- Promover o controlo da fragilidade da PSC através de intervenções especializadas de enfermagem, nomeadamente no âmbito da TN;
- Compreender a *praxis* das equipas multidisciplinares dos locais de estágio relativamente à priorização e intervenção na TN da PSC, comparativamente às *guidelines* mais recentes;
- Promover uma prática baseada na evidência no âmbito da TN junto de pares e restantes membros da equipa multiprofissional.

O período de estágio a que se refere este relatório consistiu num total de 750 horas – 500 horas em contexto clínico (250 horas por contexto); 25 horas para orientação tutorial; e 225 horas de trabalho autónomo. O estágio decorreu em dois contextos distintos: num SU de um centro hospitalar universitário de Lisboa; e numa UCI de um hospital na periferia da Área Metropolitana de Lisboa.

Importa destacar que grande parte deste percurso académico foi fortemente influenciado pela pandemia da doença do novo coronavírus (COVID19). A partir de março de 2020, todo o percurso foi sujeito a alterações e adaptações desde o início do segundo semestre até ao final do ano letivo. Por este motivo, não pude deixar de retratar neste relatório alguns dos impactos, positivos e negativos, que esta pandemia me trouxe a nível académico, profissional e pessoal.

Este relatório estrutura-se em quatro capítulos. O primeiro refere-se à revisão de literatura que define os conceitos de PSC, fragilidade e TN, e que sustenta a relação entre eles. Exponho ainda o referencial teórico de enfermagem que orientou a minha visão e prática profissional, e a minha reflexão no percurso para a perícia. O segundo divide-se em quatro subcapítulos, onde exponho, primeiramente, a influência que a pandemia COVID19 teve sobre o meu percurso e, seguidamente, as experiências vivenciadas e as atividades realizadas que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, proporcionando-me as ferramentas necessárias para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem. O terceiro capítulo engloba as considerações finais sobre a influência da TN na promoção do controlo da fragilidade da PSC, salientando a importância da intervenção especializada de enfermagem nessa dinâmica. O quarto, e último, debruça-se sobre as competências de formação de pares, com referência a uma sessão sobre a TN na PSC lecionada por mim, com apoio da Prof. Teresa Leal.

Este relatório foi redigido com base no guia de elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (ESEL, 2020), com a norma da *American Psychological Association* (7ª edição), e com o novo acordo ortográfico.

1. REVISÃO DE LITERATURA

No primeiro capítulo analiso a literatura mobilizada sobre a temática em estudo, em cinco subcapítulos. No primeiro, estudo os conceitos de fragilidade e PSC, e a relação entre eles. No segundo desenvolvo a temática da TN iniciando com a contextualização da problemática da desnutrição hospitalar em Portugal e nos países desenvolvidos, dando especial atenção à desnutrição na PSC. De seguida dedico-me ao conceito de TN e à sua evolução e, por fim, destaco as medidas tomadas a nível nacional e internacional, sob a forma de *guidelines* e documentos orientadores, com o objetivo de combater a desnutrição hospitalar. No terceiro estabeleço a relação entre os conceitos de fragilidade, PSC e TN, nomeadamente a influência que a TN tem sobre o controlo da fragilidade da PSC. No quarto desenvolvo a importância da intervenção especializada de enfermagem na TN, como forma de promoção do controlo da fragilidade da PSC. No quinto e último subcapítulo revejo o referencial teórico que estruturou e orientou a minha aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem ao longo do meu percurso.

1.1. A fragilidade e a pessoa em situação crítica

Nos últimos anos, o conceito de fragilidade associado à PSC tem sido alvo de investigação, cujas conclusões atribuem relevância ao grau de fragilidade das PSC, uma vez que este aparenta ter um peso importante sobre o seu prognóstico clínico (Muscedere et al., 2017). A fragilidade é um conceito que tem vindo a ser utilizado em diversos contextos da prática clínica para caracterização de determinados grupos de pessoas, particularmente da população geriátrica (Hogan, 2018; Maxwell & Wang, 2017). Até este conceito se tornar de uso corrente, outros foram adotados para descrever o declínio na resistência e na capacidade de recuperação após a exposição a fatores de stress com o aumento da idade (Hogan, 2018).

Começando na tradição Hipocrática, o envelhecimento era caracterizado como a progressiva perda de reserva de calor corporal, resultando na depleção de vitalidade e aumento da vulnerabilidade dos indivíduos (Thane, 1993). Na nomenclatura utilizada para descrever o que hoje conhecemos por fragilidade, em 1793 Benjamin Rush descreve a “debilidade predisponente” (Haber, 1986), em 1914 I.L. Nascher escreve sobre a “caquexia senil” ou apenas “debilidade” (Hogan, 2006), e durante o restante século, recorreu-se a termos como “enfermo” ou “inválido” (Hogan et al., 2003).

O conceito do “idoso frágil” (“*Frail Elderly*”) surge no início dos anos 70 e em 1991 foi introduzido como termo indexado no vocabulário *Medical Subject Headings*

(MeSH) produzido pela *National Library of Medicine*, definido como “*older adults or aged individuals who are lacking in general strength and are unusually susceptible to disease or to other infirmity*”, surgindo inúmeras publicações científicas sobre este tópico desde então (Hogan, 2018). Desde 2017, com a atualização do vocabulário, surge o termo “*Frailty*”, cuja descrição é “*a state of increased vulnerability to stressors, following declines in function and reserves across multiple physiologic systems, characterized by MUSCLE WEAKNESS; FATIGUE; slowed motor performance; low physical activity; and unintentional weight loss*” (*National Library of Medicine*, 2022).

Assim, a fragilidade, frequentemente associada a indivíduos de idade avançada e com uma forte conotação biológica e fisiológica, constitui-se como uma síndrome que se caracteriza pela diminuição das reservas biológicas e desregulação dos diversos sistemas fisiológicos interligados entre si, e que ocorre, julga-se, pelos danos celulares acumulados ao longo da vida, aumentando progressivamente a suscetibilidade da pessoa a fatores de stress (Dent et al., 2016; Hogan, 2018; Maxwell & Wang, 2017; Rodriguez-Mañas & Fried, 2015).

Afunilando este conceito, alguns autores dividem-no em subcategorias. Destaco a subcategoria da fragilidade física que Maxwell e Wang (2017) definem como uma síndrome médica de causa multifatorial, caracterizada pela diminuição da força e da resistência, e pela redução das funções fisiológicas que colocam as pessoas numa posição de vulnerabilidade acrescida. Depreende-se assim que a fragilidade implica a desregulação de mais do que um sistema fisiológico, ao ponto de os mecanismos compensatórios do organismo não conseguirem manter a homeostase, diminuindo a capacidade de resiliência e a robustez da pessoa (Dent et al., 2016; Hogan, 2018).

No entanto, apesar do destaque da componente física da fragilidade neste relatório, ressalvo que esta não se circunscreve às causas fisiológicas, existindo outros fatores de stress, como os fatores psicossociais e culturais, com influência no grau de fragilidade das pessoas (Hogan, 2018; McDermid et al., 2011).

Apesar de ser utilizada essencialmente para caracterização da população geriátrica, a fragilidade surgiu recentemente no campo da PSC, que envolve todas as faixas etárias. A PSC é aquela com um grau de instabilidade fisiológica, ou em risco de a desenvolver, com necessidade de tecnologias de suporte vital e de prestação de cuidados intensivos (Benner et al., 2011). De modo semelhante, a OE define a PSC como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

A noção da fragilidade dos adultos e jovens adultos ganha relevância, pois a ela pode existir com, mas não se circunscreve à idade, à presença de comorbidades e de incapacidades (Falvey & Ferrante, 2019). Bagshaw e colaboradores (2016) desenvolveram um estudo de coorte prospetivo e multicêntrico, cujo objetivo foi descrever a prevalência, os fatores relacionados e os resultados associados à fragilidade das PSC mais jovens. Incluiu 197 participantes entre os 50 – 64.9 anos, internados em UCI de seis hospitais diferentes no Canadá. A fragilidade foi definida por uma pontuação ≥ 5 na *Clinical Frailty Scale* (CFS), previamente ao internamento.

A CFS (Anexo I) é uma escala simples e de fácil utilização, aplicável em qualquer contexto de cuidados, validada em múltiplos países e recentemente validada em Portugal, que fornece a classificação do grau de fragilidade de um indivíduo numa perspetiva holística, atendendo ao seu estado de saúde em geral e à sua capacidade de satisfazer as suas atividades de vida diária (AVD) (Pereira Pinto et al., 2021).

Bagshaw e colaboradores (2016) concluíram que a fragilidade é comum nas PSC mais jovens, prevalecendo em cerca de $\frac{1}{4}$ dos participantes do estudo. A acumulação de défices nesta população, em que 73% possuía três ou mais comorbidades, parece acelerar o processo de desenvolvimento de fragilidade e, por isso, prejudicar a capacidade de resposta orgânica destas pessoas à doença crítica. No entanto, apesar da probabilidade de sobrevivência após a doença crítica ser superior para a população frágil mais jovem, comparativamente à população geriátrica, a primeira pode experienciar processos de recuperação mais longos e complexos, aumentando o risco de complicações físicas e psicossociais, como depressão, incapacidade laboral, perda de rendimento, isolamento social, entre outros (Bagshaw et al., 2016).

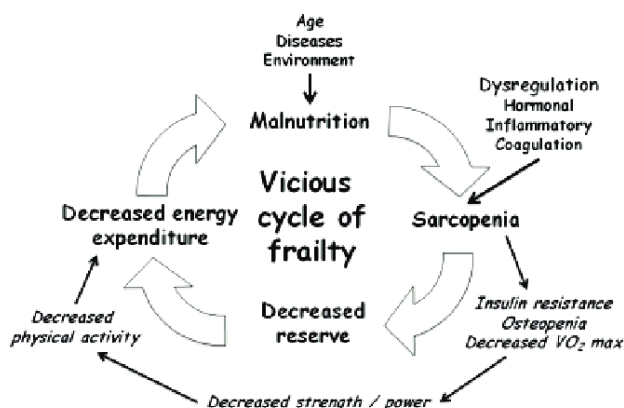
Destaca-se, assim, a importante associação entre os conceitos de fragilidade e PSC independentemente da sua idade, com significado clínico e um importante peso nas tomadas de decisão dos profissionais de saúde.

Atendendo à definição de fragilidade física refletida anteriormente, é possível afirmar que, pela sua definição, a fragilidade é característica da PSC, devido à sua necessidade de suporte vital e frequentes, e consequentes, deteriorações inesperadas (McDermid et al., 2011). Adicionalmente, importa destacar que os défices fisiológicos associados à fragilidade, presentes na maioria da população geriátrica, que habitualmente levam anos a acumular-se, desenvolvem-se rapidamente na PSC, independentemente da sua idade e da gravidade da sua situação clínica (DiMaria-Ghalili & Nicolo, 2014; McDermid et al., 2011; Paul et al., 2020).

McDermid e colaboradores (2011) foram os primeiros a caracterizar a PSC enquanto frágil, comparando o desenvolvimento dessa fragilidade com o da população geriátrica. Os autores identificam o desequilíbrio entre a resposta inflamatória natural dos organismos como proteção contra microrganismos externos, e o sistema anti-inflamatório compensatório e protetor do organismo contra reações inflamatórias extremas, como uma possível causa do desenvolvimento de fragilidade dos idosos.

Na presença de um fator de stress que dá origem a uma resposta inflamatória exagerada, a resposta anti-inflamatória compensatória esgota-se rapidamente. Prevalece uma inflamação generalizada e exagerada que danifica o organismo e a sua capacidade de manutenção da homeostase, conduzindo a um ciclo vicioso de depleção de massa muscular, desnutrição e redução dos gastos energéticos, que os autores ilustram através do esquema apresentado na Figura 1 como o ciclo vicioso da fragilidade que resulta numa destruição orgânica.

Figura 1. Ciclo vicioso da fragilidade (McDermid et al., 2011)



A fragilidade altera, assim, a capacidade de recuperação da PSC, estando consequentemente associada a resultados indesejáveis como a utilização frequente dos serviços de saúde, o desenvolvimento de incapacidade, a redução da qualidade de vida e o aumento da mortalidade (De Biasio et al., 2020; Paul et al., 2020).

A avaliação do grau de fragilidade da PSC deve promover a adoção de uma abordagem honesta e empática pelos profissionais de saúde nas discussões com a PSC e/ou a sua família sobre os problemas identificados, o plano de cuidados e o prognóstico clínico, possibilitando o empoderamento destas pessoas, conduzindo a tomadas de decisão informadas e a uma melhor compreensão sobre as tomadas de decisão e intervenções dos profissionais de saúde (Athari et al., 2019).

A maioria da evidência científica existente sobre a relação entre a fragilidade e a PSC menciona a pertinência da avaliação do grau de fragilidade prévio ao internamento em UCI, como fizeram Bagshaw e colaboradores (2016). No entanto, e como descrevem Paul e colaboradores (2020), a fragilidade pode desenvolver-se durante o internamento na UCI, mesmo na ausência de fragilidade prévia, contribuindo igualmente para o risco elevado de resultados indesejáveis.

A avaliação da fragilidade na PSC emerge, assim, como uma ferramenta importante para avaliação destas pessoas em contexto clínico, com potencial de ser uma aliada no planeamento dos cuidados, na intervenção à PSC, e na gestão de recursos para dar resposta às suas necessidades (Lim et al., 2019).

1.2. A desnutrição hospitalar e a terapia nutricional

A nutrição é um dos pilares da saúde do ser humano (Cederholm et al., 2017), existindo uma relação direta entre esta e a qualidade dos padrões alimentares de cada um, bem como dos alimentos em si.

Estima-se que a prevalência da desnutrição em ambiente hospitalar atinja cerca de 10-60% das pessoas na admissão hospitalar, em países desenvolvidos, tendo tendência para agravar ao longo dos internamentos (Marinho et al., 2019). De acordo com a DGS (2019), a desnutrição hospitalar em Portugal abrange cerca de 28.5-47.3% das pessoas internadas. Amaral e colaboradores (2007), com uma amostra de 469 participantes recolhida em dois hospitais do Porto, determinaram que 42% dos participantes se encontravam em risco nutricional, de acordo com a escala *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS-2002). Noutro estudo de carácter nacional, por Amaral e colaboradores (2010) que incluiu 1144 participantes, 36% encontravam-se em risco nutricional, segundo a NRS-2002, e 9.7% encontravam-se efetivamente desnutridos (IMC < 18.5kg/m² ou IMC < 20kg/m² + alterações no percentil da Prega Cutânea Tricipital¹ ou da Circunferência Muscular do Braço²). Em 2013, Almeida e colaboradores determinaram que, numa amostra de 298 participantes recolhida de um

¹ Prega Cutânea Tricipital (PCT) – método indireto para estimar a percentagem de gordura corporal total do organismo, com recurso a um lipocalibrador de precisão; é avaliada no ponto médio entre o acrómio e o olecrânio, no braço não dominante distendido e descontraído ao longo do corpo, com a palma da mão virada para o corpo e, de preferência, com o indivíduo em pé; em circunstâncias especiais pode ser medida com o indivíduo deitado para o lado dominante, com flexão dos membros inferiores, cabeça apoiada na almofada e o braço não dominante distendido ao longo do corpo; são efetuadas três medidas consecutivas, sendo o valor final correspondente à média dos valores, interpretado com recurso a tabelas de referência (Rego & Morais, 2003).

² Circunferência Muscular do Braço (CMB) – deriva dos valores da circunferência do braço (CB) e da PCT; a CB é avaliada no ponto médio entre o acrómio e o olecrânio no braço não dominante, em milímetros; a fórmula do cálculo da circunferência muscular do braço é: CMB = CB – (peso x PCT); o valor final é interpretado com tabelas de referência (Rego & Morais, 2003).

Departamento de Cirurgia de um hospital universitário de Lisboa, 66% encontravam-se em risco nutricional, segundo a NRS-2002, e 61% encontravam-se desnutridos (perda ponderal não intencional $\geq 5\%$ nos últimos 6 meses). Mais recentemente, em 2017, Guerra e colaboradores validaram os critérios de diagnóstico para a desnutrição da ESPEN com uma amostra de 632 participantes de um hospital universitário do Porto, constatando que 72% se encontravam em risco nutricional. Este estudo revelou uma disparidade no diagnóstico dos participantes desnutridos, causada pela utilização de ferramentas de avaliação distintas, não oferecendo um valor conclusivo.

Através dos estudos supracitados, podemos concluir que a desnutrição hospitalar e o risco nutricional, dependendo dos contextos, têm uma prevalência em Portugal que pode variar entre 9.7 – 61% e 36 – 72%, respetivamente.

Numa revisão de literatura por Norman e colaboradores (2008) sobre as implicações prognósticas da desnutrição associada à doença, a evidência científica demonstra que existe um aumento significativo do tempo de internamento das pessoas desnutridas em 40-70%, incluindo as PSC.

A nível internacional o estudo EuroOOPS (Sorensen et al., 2008), multicentro, multinacional e multirregional, com os objetivos de implementar a avaliação do risco nutricional nos hospitais europeus e do médio-orientado, e demonstrar a associação entre esse risco e os resultados clínicos, envolveu 5051 participantes de 12 países. Segundo a NRS-2002, 32.6% (n=1647) encontravam-se em risco nutricional, o que implicou um aumento do tempo de internamento em média de 3 dias, comparativamente ao tempo de internamento das pessoas sem risco nutricional. Por sua vez, Almeida e colaboradores (2013), em Portugal, concluíram que as pessoas com risco nutricional, determinado através da NRS-2002 ou da *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST³), registaram um aumento do tempo de internamento em 4 dias, em média, relativamente às pessoas sem risco nutricional.

O risco nutricional e a desnutrição hospitalar acarretam, entre outros, custos económico-financeiros para os hospitais. Amaral e colaboradores (2007) determinaram que a presença de risco nutricional acarretava um aumento dos custos hospitalares em até 20%. Já Guerra e colaboradores (2016) determinaram que os custos hospitalares para pessoas em risco nutricional ou desnutridas eram maiores, especificamente em 452 – 617€ e 416 – 589€, respetivamente.

³ MUST – ferramenta de avaliação do risco nutricional, desenvolvida pelo *Malnutrition Advisory Group*, que integra a *British Association for Parenteral and Enteral Nutrition*; constituída por cinco passos, requer colheita de dados antropométricos para determinação do Índice de Massa Corporal (fornece alternativas para determinação desse valor se não for possível obter altura e peso); fornece linhas de orientação e controlo para desenvolvimento de um plano de cuidados adequado (*British Association for Parenteral and Enteral Nutrition*, 2016).

No entanto, apesar da sua relevância para a caracterização da problemática da desnutrição hospitalar em Portugal, ressalvo que os participantes selecionados para os estudos apresentados não se incluem no grupo das PSC.

A nível internacional, é estimada uma prevalência da desnutrição em 38-88% das PSC nos países desenvolvidos (Kim et al., 2012). No contexto nacional, a prevalência da desnutrição na PSC encontra-se ainda por apurar. No entanto, um estudo recente realizado por Pedro (2019) para a sua Dissertação de Mestrado, com os objetivos de avaliar o estado nutricional, determinar o risco nutricional, estudar a evolução do estado nutricional e estudar as alterações do tipo de alimentação fornecida aos doentes internados numa UCI de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, incluindo 48 participantes, com idades entre os 29 – 89 anos, determinou que 83.3% dos mesmos se encontravam em risco nutricional, com recurso à MUST.

Um outro estudo que importa destacar é o Estudo ANUCI (Santos, 2015), um estudo observacional prospetivo e multicêntrico ainda em curso, realizado em 11 UCI de 9 hospitais. Apesar de não apresentar dados sobre a avaliação do risco ou do estado nutricional dos participantes, os resultados preliminares deste estudo revelam que o aporte energético e a composição nutricional da alimentação fornecida, principalmente o aporte proteico, são inferiores aos das recomendações da literatura, nomeadamente um aporte calórico de 25-30 kcal/kg/dia e um aporte proteico de 1.2-2g/kg/dia (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019), concluindo que em Portugal, as práticas na TN da PSC enquadram-se naquilo que Santos (2015) descreve como uma “hiponutrição permissiva”, garantindo apenas 62-78% das necessidades energéticas e apenas 25% das necessidades proteicas, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento dos seus risco e estado nutricional ao longo do internamento.

A influência negativa que a desnutrição tem sobre os resultados para a PSC não é um tema recente, tendo tido a sua primeira referência nos anos 30 num estudo de Studley (1936) que relacionou a perda ponderal pré-operatória >20% de pessoas com úlcera péptica, com o aumento da mortalidade pós-operatória. Desde então, inúmeros trabalhos foram publicados relativamente à influência do estado nutricional nos resultados esperados e a PSC não foi exceção. Determinar essa influência sobre qualquer resultado torna-se desafiante devido ao progressivo aumento da gravidade da doença crítica, da quantidade de comorbilidades das PSC e da sua heterogeneidade (McClave et al., 2016). No entanto, essa influência é irrefutável.

As últimas três décadas foram palco de inúmeros estudos e revisões de literatura que proporcionaram avanços na compreensão da influência que os nutrientes, ou a

sua falta, exercem sobre a manutenção da homeostase da PSC (McClave et al., 2016). O conhecimento produzido contribuiu para a adoção de novas atitudes terapêuticas relativamente à nutrição da PSC, com o objetivo de prevenir a perda de massa muscular, surgindo o conceito de suporte nutricional (McClave et al., 2016).

Ao longo dos anos, este conceito foi caindo em desuso, fazendo-se atualmente uso do conceito de TN. Esta consiste na seleção e administração de nutrientes, vitaminas e outros elementos de forma individualizada, consoante a avaliação nutricional de cada pessoa, recorrendo à via de administração mais adequada por forma a atender às suas necessidades nutricionais específicas, presentes previamente ao internamento (p.ex., obesidade, perda ponderal, etc.) ou que surgem na sequência do seu motivo (p.ex., doente queimado, politraumatizado, com sepsis, etc.) (Cederholm et al., 2017; McClave et al., 2016).

Apesar de o fator com maior peso na determinação dos resultados da PSC ser a gravidade da doença, o seu estado nutricional prévio e o ajuste do aporte nutricional no internamento também influenciam esses resultados (Perrin & MacLeod, 2018).

Como referem McClave e colaboradores (2016), a doença crítica está associada a um estado de stress catabólico que se manifesta por uma resposta inflamatória que, mal gerida, pode conduzir consequências como a infeção, disfunção multiorgânica, tempos de internamento prolongados e morbimortalidade acrescida.

A TN apresenta-se como forma de prevenção, ou em certas situações de solução, para as consequências da doença crítica, uma vez que proporciona diversos benefícios para a PSC, como a atenuação da resposta catabólica ao stress, prevenção de lesões celulares oxidativas, modulação da resposta imunitária, promoção da cicatrização de feridas, melhoria da função gastrointestinal, entre outras (McClave et al., 2016; Perrin & MacLeod, 2018). Ou seja, os resultados indesejáveis na PSC podem ser minimizados através da TN, otimizando o sucesso no seu processo de reabilitação a longo prazo (McClave et al., 2016; Singer, 2019).

A relevância desta temática destaca-se com a publicação das atualizações das *guidelines* internacionais relativas à TN direcionada para a PSC, contribuindo para uma PBE que influencia direta e positivamente os resultados esperados a curto-médio prazo (tempo de internamento, tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI), incidência de morbimortalidade, desenvolvimento de infeções nosocomiais, etc.) e a longo prazo (qualidade de vida, funcionalidade, miopatia associada à UCI, etc.) (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019).

Para além da pertinência da implementação das *guidelines*, e para perceber como se procura combater o flagelo da desnutrição hospitalar a nível nacional, destaco o documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, 2019) que proporciona orientações e ferramentas para facilitar a implementação de medidas ou protocolos que visem a avaliação do risco nutricional das pessoas hospitalizadas nas 24-48h após a sua admissão, conforme estabelecido no Despacho n.º 6634/2018.

No entanto, apesar da evidência científica disponível que defende a TN como uma aliada no combate a complicações para a PSC com impacto a curto, médio e longo prazo, da emissão de *guidelines* atualizadas e mesmo da existência de despachos governamentais e documentos orientadores, os dados atuais demonstram que a deterioração do estado nutricional da PSC tem tendência a piorar ao longo do internamento, sendo, por isso, prevalente a desnutrição entre pessoas internadas em UCI, independentemente do seu estado nutricional prévio (Bendavid et al., 2017; Nachvak et al., 2018; Osooli et al., 2019; Samadi et al., 2016).

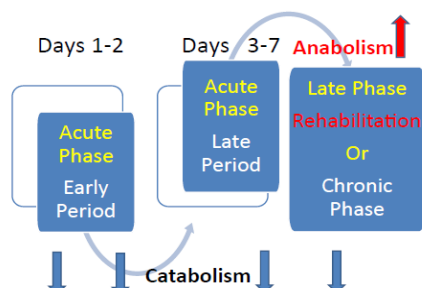
1.3 Fragilidade da pessoa em situação crítica e a terapia nutricional

A articulação entre os conceitos de fragilidade, PSC e TN pode obter-se através da translação do conhecimento, seguindo a lógica refletida nos dois subcapítulos anteriores. Partindo dos subcapítulos anteriores, poder-se-á, então, afirmar que a PSC, na qualidade de pessoa frágil pela dificuldade na manutenção da homeostasia interna devido ao estado de catabolismo excessivo e inflamação generalizada que dão origem a necessidades nutricionais específicas, encontra-se em risco nutricional.

Atualmente, descrevem-se duas fases da doença crítica (Figura 2) (Singer et al., 2019). A primeira, a fase aguda, é composta por dois períodos: o período inicial (1-2 dias), em que predominam a instabilidade hemodinâmica e metabólica, que inclui o início do aumento da resistência à insulina priorizando o aporte energético aos tecidos vitais e a diminuição dos gastos energéticos (Lambell et al., 2020), a inibição do anabolismo e o aumento progressivo do catabolismo (Paul et al., 2020); e o período tardio (3-7 dias), caracterizado por uma resposta inflamatória em que predomina o catabolismo, através da libertação de citoquinas, ocorrendo uma franca perda de massa muscular, cuja deterioração surge como resposta ao instinto “*fight or flight*” desencadeado pela doença crítica (Lambell et al., 2020). A segunda, a fase tardia, pode seguir um de dois caminhos: a resolução, progredindo a reabilitação da PSC, em que o organismo se encontra metabolicamente mais estabilizado, retomando o

anabolismo; ou a cronicidade, com o desenvolvimento da síndrome de resposta inflamatória e catabólica prolongada (PICS⁴)(Lambell et al., 2020).

Figura 2. Esquema representativo das fases aguda e tardia da doença crítica (Singer et al., 2019)



Para melhor caracterizar a fragilidade da PSC, na linha de pensamento de McDermid e colaboradores (2011), Paul e colaboradores (2020) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de descrever alguns mecanismos biológicos que originam ou agravam a fragilidade da PSC e, através desses mecanismos, desenvolver possíveis intervenções ou tratamentos para essa fragilidade. Os autores identificaram três mecanismos na origem da fragilidade da PSC: a inflamação sistêmica; a miopatia mitocondrial; e a neuroendocrinopatia. Ressalvam ainda, como já referido no subcapítulo 1.1, que a fragilidade da PSC pode ser prévia à admissão na UCI, ou pode desenvolver-se durante o seu internamento, com elevada probabilidade de se manter após a saída da UCI e alta hospitalar.

Salientando o mecanismo da inflamação sistêmica, Paul e colaboradores (2020) comparam o desenvolvimento da fragilidade na população geriátrica, descrita como uma inflamação subclínica crônica (“*inflammaging*”), com a resposta inflamatória aguda da doença crítica, como fazem McDermid e e colaboradores (2011). Esta última deve-se principalmente à produção de citocinas que exercem efeitos adversos na homeostasia orgânica, contribuindo para o aumento da fragilidade, desde a imunossupressão à inflamação muscular. Neste contexto, Paul e colaboradores (2020) destacam anomalias nutricionais que podem predispor a PSC à fragilidade.

Os autores focam-se na redução dos níveis de ácidos gordos polinsaturados ômega-3 e 6 que formam mediadores especializados de pró-resolução (resolvinas,

4 *Prolonged Inflammatory and Catabolic Response* – síndrome que consiste num estado inflamatório crónico juntamente com uma resposta imunitária desadaptada, que contribui para o desenvolvimento de infeções associadas aos cuidados de saúde e para um catabolismo proteico grave, podendo manifestar-se através de longos períodos de dependência do ventilador, disfunção neurológica, alterações neuroendócrimas e metabólicas, perda de massa muscular, desnutrição, perda de integridade cutânea e sintomas como dor, ansiedade, depressão, etc. (McClave et al., 2016).

protectinas e maresinas) que inibem a produção de citocinas e prostaglandinas, promovem a eliminação de resíduos e o aumento dos níveis de citocinas anti-inflamatórias, auxiliando na regeneração tecidual. Fazem referência ao estudo de Norris e colaboradores (2018) que revelou que a suplementação nutricional com ácidos gordos polinsaturados ômega-3 pode ter um potencial terapêutico na atenuação da resposta inflamatória. No entanto, este estudo foi realizado em participantes saudáveis, cuja resposta inflamatória foi induzida através da administração de endotoxinas, e não em resposta à doença crítica. Apesar da lógica dos autores, a utilização de fórmulas nutricionais entéricas compostas por um perfil lipídico anti-inflamatório não é recomendada pelas *guidelines* pelo fraco suporte que a evidência científica atual fornece, ainda que a *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) recomende o enriquecimento da nutrição entérica (NE) com este perfil lipídico, mas não doses elevadas por rotina (Singer et al., 2019).

Serve esta referência ao trabalho de Paul e colaboradores (2020) como um dos exemplos da influência que a TN, enquanto fator modificável, pode ter sobre o grau de fragilidade da PSC (Ahmad et al., 2018; Badrasawi et al., 2017; Hoogendijk et al., 2019; Lee & Heyland, 2019) e como essa influência carece de investigação.

A premissa inicial de que a PSC tem risco nutricional inerente, é ainda suportada pela própria escala de avaliação do risco nutricional, a NRS-2002 (Anexo II). Esta escala divide-se em duas tabelas, o rastreio inicial e o final. Neste último, por um lado avalia-se a deterioração do estado nutricional, por outro a gravidade da doença, sendo que a pontuação aumenta com o agravamento de cada um. Para a NRS-2002 considera-se que a pessoa se encontra em risco nutricional se obtiver uma pontuação ≥ 3 . Atendendo a que a necessidade de cuidados intensivos é pontuada em 3 valores, confirma-se a premissa de que a PSC se encontra em risco nutricional. Este risco implica a necessidade do estabelecimento de um plano de cuidados nutricional, definido por Cederholm e colaboradores (2017) como um esquema para a TN, desenvolvido pela equipa multiprofissional juntamente com a PSC e a sua pessoa significativa, estabelecendo objetivos e definindo estratégias centradas na pessoa.

A TN constitui-se, deste modo, como uma ferramenta essencial para o controlo do grau de fragilidade da PSC, contribuindo para a diminuição do risco de ocorrência de resultados indesejáveis (Cruz-Jentoft et al., 2017; Singer, 2019).

1.4. Intervenção especializada de enfermagem

A desnutrição hospitalar é um flagelo em Portugal, conforme demonstram os dados apresentados no subcapítulo 1.2., que urge de intervenção pelos impactos negativos a ela associados, descritos no mesmo subcapítulo.

Entre os membros que constituem as equipas multiprofissionais, os enfermeiros ocupam uma posição única, direta e contínua na prestação de cuidados à PSC (DiMaria-Ghalili & Nicolo, 2014; Kalaldeh et al., 2015; Kalaldeh & Shahein, 2014; Morphet et al., 2016), que poderá ser uma mais valia na identificação de problemas e, na mesma linha, no desenvolvimento de soluções para o problema da desnutrição hospitalar da PSC. No entanto, na maioria das situações os enfermeiros têm dificuldade em atribuir prioridade à TN da PSC relativamente a outros cuidados (Bloomer et al., 2018) e em reconhecer a sua responsabilidade sobre a TN, devido principalmente a défices de conhecimentos técnico-científicos que geram falta de interesse na área (Bloomer et al., 2018), colocando essa responsabilidade nos nutricionistas/dietistas (Kalaldeh & Shahein, 2014; Morphet et al., 2016).

Mesmo nos contextos em que os enfermeiros atribuem importância à TN na PSC, a maioria dos obstáculos identificados na priorização desta terapia têm origem em fatores externos à equipa de enfermagem: falta ou atrasos na prescrição médica para iniciar a TN; longos, e desnecessários, períodos de jejum para realização de procedimentos/exames; e reduzida conformidade entre as *guidelines* nutricionais e os protocolos hospitalares (Bloomer et al., 2018). No entanto, os obstáculos à otimização da TN também têm origem nas equipas de enfermagem, uma vez que diversos estudos concluem que as práticas de enfermagem na TN assentam sobretudo em crenças, rituais, opiniões e experiências pessoais, conduzindo a diagnósticos, intervenções e avaliações inconsistentes, ou mesmo a resultados indesejáveis (Kalaldeh & Shahein, 2014; Orinovsky & Raizman, 2018).

A privilegiada posição que os enfermeiros ocupam na equipa multiprofissional na prestação de cuidados à PSC vem acompanhada da responsabilidade de advogar por uma PBE (Bloomer et al., 2018; Morphet et al., 2016). Existe uma clara falta de conhecimentos técnico-científicos por parte da generalidade dos enfermeiros relativamente à TN e ao seu impacto nos resultados da PSC (Bloomer et al., 2018; Kalaldeh et al., 2014, 2015; Kalaldeh & Shahein, 2014; Morphet et al., 2016). Deste modo, para proporcionar as ferramentas necessárias ao desenvolvimento de soluções para a desnutrição hospitalar na PSC, torna-se urgente apurar as necessidades educativas/formativas dos enfermeiros na área da TN e dar-lhes resposta.

De uma forma sucinta, destaco algumas das intervenções de enfermagem na TN, contempladas nas *guidelines* internacionais (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019), cuja sua correta e consistente aplicação consistem numa PBE, devendo ser alvo de destaque na formação dos enfermeiros sobre a TN:

- Avaliação do risco nutricional;
- Colocação e manutenção das sondas de alimentação;
- Avaliação da tolerância gástrica;
- Monitorização e interpretação dos valores de glicemia;
- Avaliação do risco e prevenção da aspiração.

A maioria dos enfermeiros refere ainda que recebe e integra conhecimentos de uma forma mais eficiente através da comunicação com peritos, talvez porque os conhecimentos transmitidos através de colegas de trabalho são integrados mais rapidamente na sua prática clínica (Morphet et al., 2016). Assim, suporta-se a necessidade de formação de peritos nas diversas áreas do conhecimento em enfermagem, particularmente na TN, para a promoção de uma PBE que confere melhores resultados para a PSC e, conseqüentemente, o controlo da sua fragilidade.

1.5. Referencial teórico

1.5.1. Metaparadigmas de enfermagem – pensamento complexo de Edgar Morin

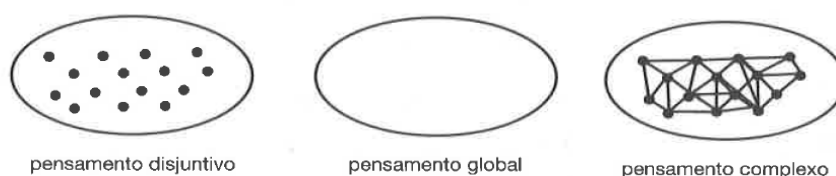
As perspetivas dos enfermeiros sobre as pessoas de quem cuidam são estruturadas por diferentes modos de pensamento. Hesbeen (2000) enumera e descreve esses modos de pensamento, sendo eles o pensamento disjuntivo, o pensamento global e o pensamento complexo (Figura 3).

Hesbeen (2000) caracteriza o pensamento disjuntivo como aquele que o ser humano adotou para abordar os assuntos complexos de um modo mais claro, nítido e preciso. Este modo de pensamento conduz à decomposição dos assuntos para facilitar o estudo das pequenas partes que os constituem. Orientou o estudo e a investigação nas áreas ligadas aos cuidados de saúde durante anos, estruturando o modelo a que hoje damos o nome de biomédico (Hesbeen, 2000). Apesar dos benefícios que este modelo trouxe a nível técnico-científico, ele “fez perder a consciência e o sentido do conjunto” (Hesbeen, 2000, p.32). Com esta fragmentação excessiva do organismo humano, a tendência dos profissionais de saúde a tratarem o órgão doente e não a pessoa, em todo o seu contexto bio-socio-culturo-espiritual, deu origem a um movimento antidisjuntivo, denominado de pensamento global.

O pensamento global defende a abordagem da pessoa globalmente e estrutura o modelo holístico. No entanto, apesar dos benefícios que este modelo trouxe para a realidade dos cuidados de saúde, Hesbeen (2000) ressalva as limitações que este modelo também trouxe. Uma abordagem global segundo este modo de pensamento não permite a identificação e análise do conteúdo de cada pessoa, implicando mesmo que o profissional de saúde perca a capacidade de compreensão do funcionamento dos diferentes sistemas que constituem a pessoa e da sua disfunção, que leva à necessidade de cuidados de saúde por parte da pessoa.

Para proporcionar uma forma de pensamento que permita a abordagem global da pessoa, garantindo a capacidade do profissional de saúde de avaliar e tratar a disfunção de um ou mais sistemas que conduzem à necessidade de cuidados de saúde, Hesbeen (2000) destaca o pensamento complexo, descrito por Edgar Morin.

Figura 3. Três modos de pensamento (Hesbeen, 2000)



Ainda que percebida de um modo global, atende-se à complexidade da pessoa através das suas diversas partes e do modo como estas interagem entre si. Edgar Morin define a **pessoa** como “um sistema vivo [que] deve, ao mesmo tempo ser abordado de forma global sem ignorar os elementos que o compõem e sobretudo sem negligenciar as múltiplas interações que se produzem constantemente entre esses vários elementos” (Hesbeen, 2000, p.34). Este modo de pensamento surge, portanto, como uma combinação do pensamento disjuntivo com o pensamento global.

Seguindo esta linha de raciocínio, posso afirmar que a **saúde** de uma pessoa passa pela manutenção e harmonia nas interações entre os elementos que a constituem. O processo de **doença** ocorre quando existe alguma falha ou perda de um dos elementos o que “implica reação nos outros elementos e assim sucessivamente” (Hesbeen, 2000, p.35). Ou seja, perante a interferência num dos sistemas, as interações desse com os restantes são alteradas, comprometendo a integridade das restantes interações e, assim, da saúde.

As interações entre os diversos sistemas integrantes da pessoa são estabelecidas ao longo da sua vida de uma forma única. O mesmo acontece em

situação de doença: quando um ou mais sistemas sofrem alguma falha ou perda de funcionalidade, as suas interações com os restantes sistemas sofrem também alterações, que se manifestam de uma forma única (Hesbeen, 2000). Esta noção implica que duas pessoas com o mesmo diagnóstico médico vão vivenciá-lo de uma forma única e completamente diferente.

“Assim é o ser humano, complexo” (Hesbeen, 2000, p.37).

No entanto, e como referido anteriormente, importa destacar que este modo de pensamento não retira a pertinência e utilidade dos conhecimentos técnico-científicos predominantes no pensamento disjuntivo, que estrutura o modelo biomédico, pois estes permitem a compreensão da pessoa enquanto sistema vivo e não como uma máquina constituída por diversas peças (Capra, 1982; Hesbeen, 2000).

O pensamento complexo revela-se, assim, como aquele que melhor contribui para a estruturação, organização e planeamento dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa, exigindo do enfermeiro uma profunda consciência das interações estabelecidas entre os elementos que a constituem para melhor a compreender na sua globalidade.

1.5.2. A Teoria de enfermagem *Fundamentals of Care* e o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa

A estruturação das competências desenvolvidas, aprendizagens e conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso foram orientadas pela teoria de enfermagem FOC de Kitson.

Kitson inicia a sua jornada em 1999 com as suas publicações “*The essence of nursing*” e “*The essence of nursing: part II*” na revista *Nursing Standard*, argumentando que cuidar de uma pessoa no seu todo é a essência do cuidar em enfermagem (Kitson, 1999a), examinando posteriormente como essa essência se poderia manifestar na prática (Kitson, 1999b). A autora destaca as competências básicas de observação bem como as competências práticas daquilo a que chama “enfermagem tradicional”, como necessárias para que os enfermeiros consigam assegurar a satisfação das necessidades básicas das pessoas de quem cuidam, garantindo o cuidado centrado na pessoa. Apesar do domínio de competências no cuidado direto às pessoas, Kitson (1999a) reconhece a influência das condições ambientais e organizacionais na prestação de cuidados de enfermagem, defendendo, assim, que o enfermeiro deve desenvolver competências que lhe permitam adquirir algum controlo sobre essas condições para utilizá-las em favor da pessoa cuidada.

Na prática, a operacionalização das competências supracitadas passaria por garantir um rácio adequado de enfermeiros, formar adequadamente as equipas de enfermagem para desenvolverem competências práticas e dotar essas equipas da autonomia para controlarem o ambiente imediato das pessoas de quem cuidam, (Kitson, 1999b). A autora reflete ainda sobre a necessidade de os enfermeiros desenvolverem capacidades e competências para comunicarem a essência dos seus cuidados, através de registos e descrições da influência dos elementos previamente descritos na sua prática.

Kitson (1999b) aborda ainda a necessidade de a enfermagem posicionar-se nas equipas multiprofissionais e na própria sociedade enquanto força empoderadora para os indivíduos, famílias e grupos sociais promovendo o desenvolvimento de competências para o autocuidado através da transmissão e, por vezes, transferência de conhecimentos. Para isso, considerou necessário transformar a imagem do profissionalismo tradicional da enfermagem detentora de competências exclusivas e intransmissíveis da profissão, numa imagem do enfermeiro agente do cuidar nos diversos contextos de cuidados de saúde. Por fim, a autora reconhece que para esta imagem se tornar realidade, a educação em enfermagem deve igualmente ser alvo de alterações, reforçando o seu corpo de conhecimentos e, conseqüentemente, contribuindo para uma PBE. Este desenvolvimento científico e académico possibilitará a formação de enfermeiros confiantes, com capacidade de liderança, e que reconhecem a complexidade da essência do cuidar em enfermagem, que no final se manifesta como um cuidado centrado na pessoa.

O desenvolvimento e as inovações científicas nas práticas em enfermagem têm sido notórios ao longo do tempo, continuando, no entanto, a verificar-se alguns lapsos na compreensão dos aspetos importantes para as pessoas e para os enfermeiros nos contextos de cuidados (Kitson et al., 2010). Esses aspetos, os fundamentos do cuidar, são habitualmente integrados no nosso subconsciente, manifestando-se como atividades do nosso dia-a-dia como parte do senso comum. No entanto, em situações de doença esse senso comum é desafiado, levando a pessoa doente a tomar consciência do mesmo e da importância que ele tem na sua vida (Kitson et al., 2010).

Atendendo à evolução das práticas em enfermagem, seria expectável que, sendo a satisfação das necessidades fundamentais de uma importância quase óbvia para a funcionalidade e vida diária de uma pessoa, em situação de doença os profissionais de saúde considerassem e avaliassem os fundamentos que estão

comprometidos e a capacidade da pessoa os satisfazer para estabelecer um plano de cuidados (Kitson et al., 2010). No entanto, tal não é o caso.

Assistimos, assim, a uma crescente preocupação sobre a satisfação destas necessidades fundamentais nos diversos contextos de cuidados e sobre a forma como as pessoas experienciam essa satisfação. No entanto, assistimos a um reduzido ou mesmo ausência de reconhecimento da enfermagem dentro dos sistemas de saúde como solução deste problema (Kitson et al., 2014). Continua a verificar-se que os enfermeiros não têm tempo, não são encorajados ou não estão alerta para a necessidade de reflexão sobre as suas práticas, gerando uma escassez de novas visões sobre a prática de enfermagem (Kitson, 2018; Kitson et al., 2013).

A reflexão sobre as práticas de enfermagem requer uma estrutura conceptual, que habitualmente deriva de outras disciplinas como o movimento de qualidade e segurança, ou em teorias mais alargadas relacionadas com a gestão e organização dos cuidados de saúde (Kitson, 2018; Kitson et al., 2014).

É debatido que a insatisfação das necessidades fundamentais de cada pessoa é diretamente atribuída à falta de capacidade de muitos enfermeiros prestarem cuidados com compaixão e empatia, havendo, no entanto, uma fraca descrição e uma avaliação inconsistente sobre as intervenções de enfermagem que se baseiam precisamente na compaixão e empatia pelas pessoas (Kitson, 2018).

As teorias de enfermagem procuram dar forma às práticas dos seus profissionais. No entanto, as teorias que existem atualmente não abrangem os elementos necessários para que os enfermeiros caracterizem as atividades diárias da sua prática e reflitam sobre elas, devido ao elevado nível de abstração em que essas teorias são concebidas, afastando-se dos aspetos essenciais das práticas de enfermagem do dia-a-dia (Kitson, 2018; Mudd et al., 2020). Por isso, torna-se necessário o estabelecimento de uma estrutura conceptual teórica que explique, guie e, de certa forma, preveja as interações de enfermagem com as pessoas cuidadas, os seus familiares ou os seus cuidadores (Kitson, 2018).

Para o efeito, surge a teoria FOC, cuja elaboração da estrutura conceptual teve início em 2013, procurando captar a complexidade e multidimensionalidade da prática da enfermagem, focando-se nas ações do dia-a-dia, integrando-as no pensamento, reflexão e avaliação do enfermeiro e descrevendo-as como interações significativas entre o enfermeiro e a pessoa (Kitson et al., 2013, 2014; Kitson, 2018).

De acordo com Kitson e colaboradores (2013), esta teoria assenta na definição de **enfermagem** de Virginia Henderson:

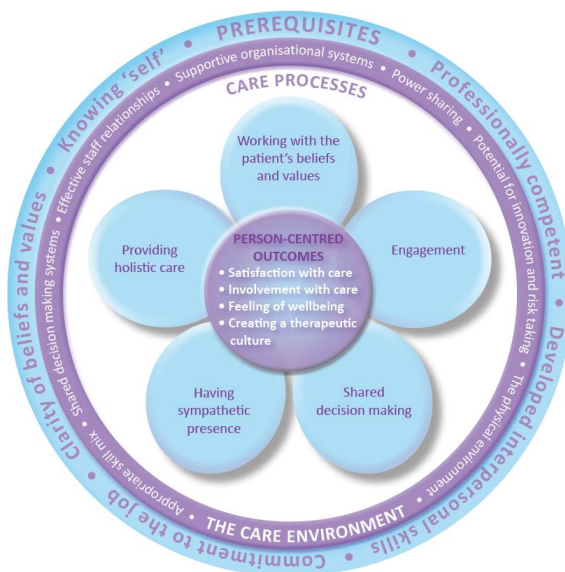
“the unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery or to peaceful death, that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge” (Henderson, 1966, p.15).

O **cuidar** é definido como uma série de interações estabelecidas entre enfermeiro-pessoa, em que o enfermeiro tem de possuir a capacidade de desconstruir e reconstruir uma situação de cuidados no dia-a-dia, envolvendo-se, focando-se na outra pessoa e olhando para as necessidades fundamentais na perspectiva dessa pessoa, preservando a sua integridade (Kitson et al., 2013).

A influência do trabalho de Henderson na concepção da teoria FOC surge ao longo dos trabalhos da autora (Kitson et al., 2010; Kitson et al., 2013; Kitson, 2018), bem como do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper (Kitson et al., 2010; Kitson, 2018). No entanto, o modelo cuja influência é mais notória sobre a teoria FOC é o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa (Kitson et al., 2010; Kitson et al., 2013, 2014; Kitson, 2018). Este modelo consiste na relação entre quatro construtos (McCormack et al., 2015; McCormack & McCance, 2006), representados na Figura 4:

- Pré-requisitos: atributos dos enfermeiros, incluindo a sua competência profissional, o desenvolvimento de competências de relações interpessoais, a sua dedicação ao trabalho, a demonstração clara de crenças e valores, e o conhecimento de si;
- Ambiente de cuidados: contexto da prestação de cuidados e inclui leques de competências adequados, sistemas que facilitam a tomada de decisão partilhada, relações entre profissionais, sistemas organizacionais que apoiam os profissionais, partilha de poder, potencial para inovação e o ambiente físico;
- Processo centrado na pessoa: foca-se em providenciar cuidados com base numa série de atividades que incluem o trabalho com as crenças e valores das pessoas, o envolvimento, estar presente, partilhar a tomada de decisão e providenciar um cuidado holístico;
- Resultados: são a componente central da estrutura conceptual, focam-se nos resultados de enfermagem centrados na pessoa e incluem a satisfação com o cuidar, o envolvimento no cuidar, o sentido de bem-estar e a criação de um ambiente terapêutico.

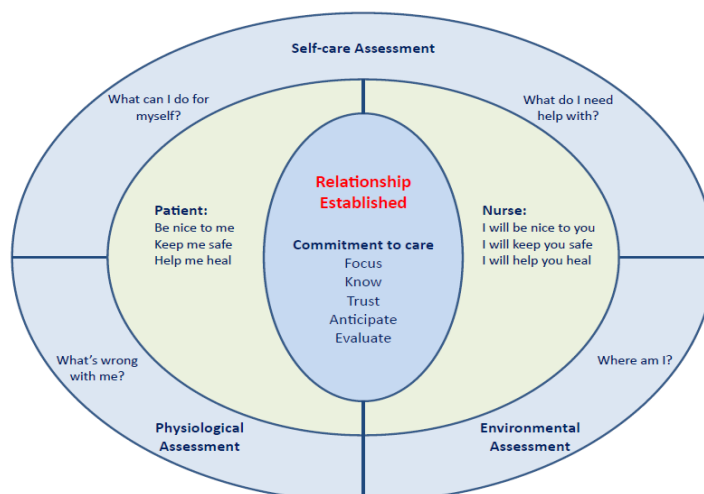
Figura 4. Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa (McCormack et al., 2015)



Desde o início do seu trabalho, Kitson demonstra ter-se baseado no Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa para a construção da teoria FOC, uma vez que através do cuidado centrado na pessoa assegura-se a participação ativa e o envolvimento desta nas tomadas de decisão relativas aos seus cuidados de saúde, a elaboração de planos de cuidados individualizados e a noção da importância do contexto adequado para a promoção de resultados centrados na pessoa (Kitson et al., 2014).

Relativamente à estrutura conceptual da teoria FOC, é também notória a influência do Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa. Segundo Kitson (2018), a estrutura conceptual da teoria FOC consiste numa série de círculos concêntricos. O círculo central integra a relação pessoa-enfermeiro (Figura 5), que se baseia no compromisso do enfermeiro em cuidar da pessoa e da sua família ou cuidadores.

Figura 5. Relação pessoa-enfermeiro segundo a teoria FOC (Kitson et al., 2014)

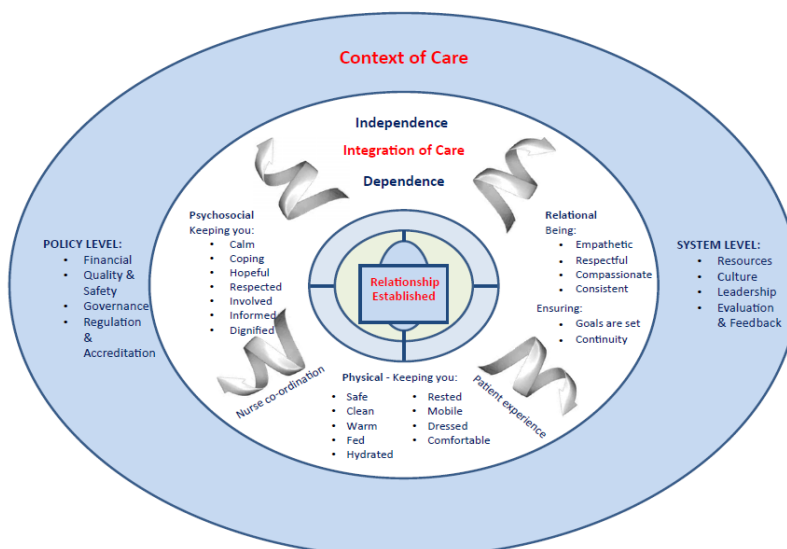


O estabelecimento de uma relação pessoa-enfermeiro positiva assenta em cinco elementos: o desenvolvimento de **confiança** entre a pessoa e o enfermeiro; o **foco** na pessoa e na sua família ou cuidadores, para compreender as suas necessidades e diagnosticar e avaliar a situação, concentrando nela toda a sua atenção; a **antecipação** das (mais prováveis) necessidades da pessoa, proporcionando segurança física, psicológica e emocional; **conhecer** a pessoa por forma a estabelecer objetivos e, ainda, a perceber se os conhecimentos e competências do enfermeiro são suficientes para dar resposta à situação em mãos; e, por fim, **avaliar** a qualidade da relação para perceber se e onde são necessárias alterações na conduta de ambas as partes, ou mesmo se elas estão envolvidas no processo.

A relação com a pessoa não se estabelece após uma única interação (Kitson, 2018). É um processo que requer as competências supracitadas para se construir e requer manutenção através de interações que a reforçam continuamente. Perder oportunidades de cuidar, mesmo com pequenas intervenções que à partida pareçam pouco significativas, pode comprometer a relação estabelecida com o enfermeiro que as perdeu e mesmo com a restante equipa de enfermagem (Kitson, 2018).

O segundo círculo (Figura 6) refere-se ao cuidado integrado, onde os fundamentos do cuidar são abordados e onde se reflete a importância da relação pessoa-enfermeiro no reconhecimento e na gestão desses fundamentos (Kitson, 2018). Aqui tem lugar a avaliação inicial de enfermagem, através da qual vão ser estabelecidas as intervenções do plano de cuidados da pessoa em torno dos fundamentos do cuidar (Kitson et al., 2014).

Figura 6. Estrutura conceptual da teoria FOC (Kitson et al., 2014)



O **cuidado integrado** refere-se, então, aos aspetos essenciais e práticos do cuidar, englobando os aspetos físicos, psicossociais e relacionais inerentes a todas e cada pessoa, cujo nível de dependência para lhes dar resposta autonomamente é diretamente influenciado pela sua condição clínica. Isto implica que de cada vez que o enfermeiro intervenha nos fundamentos do cuidar, deve ter em conta os aspetos técnico-científicos da intervenção, deve fazer por garantir a dignidade e respeito pela pessoa e deve interagir com ela com empatia, cuidado e compaixão (Kitson, 2018).

A autora refere-se às componentes **física, psicossocial e relacional** como a tríade de conhecimento que forma a base da abordagem do cuidado integrado.

O terceiro e último círculo reflete o **contexto do cuidar**, em que é perceptível a dependência da relação pessoa-enfermeiro do contexto ou sistema de cuidados de saúde mais alargado (Kitson et al., 2014), destacando os elementos do sistema e políticos que têm impacto na qualidade da relação pessoa-enfermeiro. Os requisitos do **sistema** incluem recursos (materiais, humanos, etc.), cultura (valores e normas), liderança (estilos de liderança, definição de papéis, mentoria e integração dos profissionais) e avaliação/*feedback* (individual, em equipa e organizacional, de forma construtiva). Os requisitos **políticos** incluem recursos financeiros, padrões de qualidade e segurança, responsabilidade e processos de governação, regulamentação e acreditação. O papel da enfermagem no contexto do cuidar passa pela competência de mobilizar os diversos elementos do contexto através de uma reflexão e pensamento crítico sobre os mesmos para favorecer a satisfação das necessidades fundamentais das pessoas (Kitson, 2018).

Operacionalizando a estrutura conceptual da teoria FOC, o resultado pretendido é o cuidado fundamental centrado na pessoa, que surge em virtude da relação pessoa-enfermeiro e visa o alcance de um nível ótimo de independência na satisfação das suas necessidades física, psicossocial e relacional, atendendo ao contexto em que o cuidar se desenrola (Kitson, 2018). A operacionalização da estrutura está ilustrada na Figura 7:

Figura 7. Operacionalização da estrutura conceptual da teoria FOC

(Adaptado de Kitson, 2018)

$$\text{PCFC} = \text{PP} (\text{R} + \text{iFOC} + \text{C})$$

PCFC = cuidado fundamental centrado na pessoa (*person centered fundamental care*); PP = processo de prática (*practice process*); R = relação (*relationship*); iFOC = fundamentos do cuidar integrados (*integrated fundamentals of care*); C = contexto (*context*)

O processo de prática reflete-se no modo como o enfermeiro avalia e determina os cuidados que são necessários e as ações e atitudes a serem tomadas com a pessoa, família e/ou restante equipa multidisciplinar. Para tal, o enfermeiro recolhe as informações e conhecimentos necessários para fundamentar a sua prática a partir da relação pessoa-enfermeiro, dos fundamentos do cuidar integrados e do contexto.

A literatura mostra que cada vez mais as pessoas relacionam as suas experiências de respeito, dignidade e apoio com o modo como os aspetos físicos do cuidar são tidos em conta pelos enfermeiros (Kitson, 2018). No entanto, as necessidades físicas básicas a que o cuidado fundamental centrado na pessoa dá resposta estão intimamente ligadas às necessidades psicossociais e relacionais, revelando a complexidade com que Edgar Morin caracteriza o ser humano.

Segundo Kitson (2018), a hospitalização representa um período de risco aumentado de complicações do quadro clínico, incluindo, entre outras, alterações como a desnutrição. Estas complicações criam e potenciam desequilíbrios fisiológicos que aumentam a suscetibilidade da pessoa a um vasto leque de problemas de saúde.

A lógica do parágrafo anterior poderia ser suficiente para suportar a escolha desta teoria para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem que objetivo com este percurso. No entanto, importa referir que na sua revisão meta-narrativa inicial, cujo objetivo era identificar os fundamentos do cuidar em enfermagem, Kitson e colaboradores (2010) identificaram a nutrição como o fundamento com maior consenso entre os artigos que analisaram, tendo sido esta revisão um dos fatores que impeliram a construção da teoria FOC. Por isso, considero que esta teoria é a mais adequada para trabalhar e refletir sobre o tema que escolhi.

A perda de atenção progressiva com os fundamentos do cuidar que sinto que tive com o passar do tempo foi outra razão que motivou a escolha desta teoria para estruturação e orientação dos conhecimentos e aprendizagens adquiridos, e para a organização do meu pensamento na elaboração e implementação dos planos de cuidados de enfermagem nos contextos de estágio.

Por último, não posso deixar de destacar a importância crescente que a teoria FOC tem tido nos últimos anos, não só no seu desenvolvimento e consolidação, mas também na formação base de enfermagem, tendo-lhe sido atribuído um capítulo na sexta edição do manual *Fundamentals of Nursing* de Potter e Perry, editado em 2020.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo expõe o meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem durante o estágio, à luz dos objetivos delineados, através de atividades propostas para o seu alcance, em dois contextos clínicos.

No primeiro subcapítulo exponho brevemente o modo como o meu percurso foi influenciado pela pandemia COVID19, quer a nível académico, quer profissional.

No segundo subcapítulo descrevo o percurso e as atividades realizadas em contexto de serviço de urgência (SU) de um hospital universitário de Lisboa, descrevendo as competências especializadas de enfermagem que desenvolvi, bem como as que tenho ainda a trabalhar e desenvolver. Este estágio foi marcado pelo desafio de desenvolver a temática da TN e a sua influência sobre o controlo da fragilidade da PSC.

No terceiro subcapítulo descrevo o percurso e atividades realizadas no contexto de UCI num hospital da periferia da Região Metropolitana de Lisboa, onde o desenvolvimento da temática foi mais harmonioso e adequado ao contexto. Com a realização dos estudos de caso, bem como com a reflexão contínua sobre as diversas situações que ocorreram durante o estágio, foi possível: esclarecer e cimentar o elo entre os conceitos de PSC, fragilidade e TN; perceber, ainda que sumariamente, a influência da TN no controlo da fragilidade da PSC; e estabelecer a ligação entre a temática trabalhada e o referencial teórico mobilizado neste relatório.

No quarto, e último, destaco uma sessão sobre a TN na PSC que lecionei à turma do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC do ano letivo 2021-2022, destacando-me como perita na área.

2.1. Durante a pandemia COVID19

A pandemia COVID19 teve origem na cidade de Wuhan, na China, manifestando-se inicialmente pelo aparecimento de diversos casos de pneumonia sem explicação aparente em dezembro de 2019 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020, 2021). Decretada como epidemia, pelo aumento rápido e exponencial do número de casos reportados (*U.S. Department of Health and Human Services, 2012*), a COVID19 não tardou a ser diagnosticada noutras cidades e países.

Em Portugal foram identificados os primeiros casos de COVID19 na cidade do Porto a 02/03/2020. A 11/03/2020 a OMS declara a COVID19 como pandemia, pela evolução do número de casos noutros países e continentes (*U.S. Department of Health and Human Services, 2012*).

Quando a pandemia COVID19 atingiu a região de Lisboa e Vale do Tejo, em março de 2020, o serviço onde trabalho foi dos primeiros a receber a população infetada pelo novo coronavírus (SARS-CoV 2) que carecia de cuidados de saúde.

Inicialmente esta população era predominantemente geriátrica, com múltiplas comorbilidades e elevado grau de dependência na satisfação das AVD. No entanto, com o decorrer da pandemia tornaram-se frequentes os internamentos de adultos com idades entre os 40-60 anos, previamente autónomos na satisfação das AVD, nos quais se verificava uma frequente e súbita evolução desfavorável da doença.

Nessa altura, ao consultar os diários clínicos dos doentes internados, verifiquei que as equipas médicas utilizavam a CFS, que descrevi no Subcapítulo 1.1. Já conhecendo esta escala e reconhecendo, mediante a pesquisa que realizei durante o mestrado, que o grau de fragilidade das pessoas tem influência sobre os resultados das intervenções terapêuticas, questionei as equipas médicas do serviço se o motivo do recurso a esta escala se prendia com essa influência e recebi uma resposta positiva, pois a avaliação do grau de fragilidade das pessoas internadas através da CFS constituía-se como um dos fatores preditores sobre a tomada de decisão relacionada com o plano terapêutico.

No ponto crítico da pandemia, atendendo à escassez de vagas em UCI, tornou-se crucial avaliar o grau de fragilidade das PSC, uma vez que essa avaliação permite reunir as informações essenciais para determinar o estado basal de vulnerabilidade das pessoas, permitindo compreender e, de certa forma, prever o risco de resultados indesejados (Falvey & Ferrante, 2019). Apesar do medo, das inseguranças, do risco e do trabalho acrescido, estas circunstâncias proporcionaram-me a oportunidade de experienciar pela primeira vez a importante associação entre os conceitos de fragilidade e PSC na prática clínica, com um verdadeiro significado clínico e um importante peso nas tomadas de decisão dos profissionais de saúde.

Relativamente à componente académica, foram muitas as interferências que a pandemia trouxe sobre o normal decorrer das atividades letivas. Um dos impactos negativos foi o afastamento das salas de aula, com recurso às aulas *online*, impossibilitando os momentos letivos presenciais com colegas e professores. Outro aspeto causador de grande stress foi a atribuição de locais de estágio, muito limitada pela interdição de estágios em SU e UCI, muito afetados pela pandemia COVID19.

Aquando da atribuição dos locais de estágio reinava o receio de ficar longe do meu local de trabalho e de casa, originando obstáculos acrescidos ao tempo caótico e repleto de adversidades que a pandemia COVID19 trouxe para o meu dia-a-dia.

No entanto, podem e devem ser destacados aspetos positivos que emergiram neste contexto. Todos os obstáculos e desafios que a pandemia COVID19 me impôs permitiram o desenvolvimento de uma capacidade de adaptação e resiliência a situações adversas da minha parte, capacidade esta que demonstrei ao longo de todo ano letivo e que sinto que mantenho até agora.

Apesar do formato das aulas *online*, procurei captar os conhecimentos e experiências partilhadas entre colegas e professores, cuja força de vontade para manter as atividades letivas e seguir em frente me trouxe a motivação para continuar e procurar concluir o curso de mestrado com sucesso.

A atribuição de um local de estágio geograficamente mais afastado do meu emprego e domicílio trouxe-me momentos de alguma desconpressão e relaxamento durante o tempo de deslocação, principalmente no regresso a casa, altura que me permitia recapitular o sucedido durante o turno e ter alguns momentos de reflexão.

A COVID19 foi constante durante o meu percurso académico, pois lidei com ela no serviço onde trabalho e fui alocada com as enfermeiras orientadoras a postos de contacto direto com doentes com COVID19, em ambos os contextos de estágio. Houve muitos momentos em que encarei esta realidade numa perspetiva negativa. No entanto, olhando mais tarde para o meu percurso encaro esta perspetiva como positiva, pois tive a oportunidade de trabalhar com pessoas em todas as fases da COVID19: no seu primeiro contacto com os serviços de saúde ao recorrer ao SU, no primeiro contexto de estágio; nos cuidados de enfermagem em enfermaria com a progressiva agudização, ou não, da doença no meu local de trabalho; e na fase crítica da doença, com necessidade de cuidados intensivos, no segundo local de estágio.

Este percurso permitiu-me acompanhar a evolução, favorável ou não, da COVID19 numa espécie de linha temporal, tendo tido a oportunidade de prestar cuidados às pessoas em todos as fases da doença, permitindo a aquisição de novos conhecimentos e consolidação de outros.

2.2. No Serviço de Urgência

O meu estágio em contexto de SU teve início em novembro de 2020 e terminou em janeiro de 2021; desde o momento em que iniciei a minha pesquisa para a temática da TN e a sua relação com a fragilidade da PSC, deparei-me com um facto que, infelizmente, não me suscitou surpresa. A evidência científica atual contém escassas referências tanto à TN como à fragilidade da PSC em contexto de SU. Tendo noção do desafio que iria ser trabalhar esta temática em contexto de SU, iniciei o estágio

com a determinação de que iria ser uma experiência enriquecedora, recheada de situações fora da minha zona de conforto que iriam promover o meu desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC.

A procura deste desenvolvimento conduziu à necessidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre as competências que caracterizam o enfermeiro perito. Este processo ganhou forma através da minha reflexão sobre as diferentes situações e experiências durante o estágio.

No dia-a-dia da minha prática profissional contatei com diversos colegas que, de alguma forma, “sobressaem-se na multidão”, conduzindo-se com uma postura que transmite confiança e segurança em si e nas suas ações. Durante o estágio, ocorreu uma situação de PCR súbita com início no Serviço de Observação (SO), de um homem de 45 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos, cuja evolução desfavorável da situação levou à necessidade de o colocar sob *ExtraCorporeal Life Support*⁵ (ECLS). Todo o procedimento de canulação do sistema de ECLS ocorreu na sala de reanimação (SR), com a intervenção e apoio da equipa do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), em que um dos enfermeiros se destacou. Esse enfermeiro, ligeiramente afastado do palco de operações, montava todo o circuito, ligava e parametrizava o aparelho que asseguraria o tratamento.

Ativamente assistindo a todo o procedimento, eram vários os pensamentos que me assolavam: “ele deve ter imensa experiência nestas situações”, “sabe exatamente o que e quando fazer numa situação destas”, “isto é muito complexo!”. Foi esta situação que me incitou a procurar a definição do conceito de enfermeiro perito, uma vez que se pretendo percorrer um caminho com o objetivo de alcançar um nível de perícia, torna-se mais do que pertinente explorar este conceito, atribuir-lhe um sentido e, assim, compreender como se constrói e o que realmente significa.

Aquilo que caracteriza o enfermeiro perito vai muito além de uma perceção externa de que “aquele enfermeiro é um ás!”, mas é extremamente difícil de expressar em palavras ou por escrito. Por isso, recorri ao trabalho de Benner e colaboradores (2009) que, de forma sucinta, mas esclarecedora, definem a prática de um enfermeiro perito da seguinte forma:

“When deeply involved in the situation, nurses practicing at this level do not see problems in a detached way, needing to work out how to solve them. Rather, their actions reflect an attunement to the situation that allows responses to be

⁵ *ExtraCorporeal Life Support* – suporte de vida extracorporeal; também conhecido como *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*, consiste num tratamento que utiliza um mecanismo de suporte cardíaco e pulmonar que substitui os órgãos da pessoa, por um período de tempo prolongado (dias a semanas) quando estes se encontram incapazes de cumprir as suas funções (*Extracorporeal Life Support Organization*, 2021).

shaped by a watchful reading of the patient's responses without recourse to conscious deliberation. With expertise comes fluid, almost seamless performance." (Benner et al., 2009, p.138)

Benner e colaboradores (2009) descrevem quatro aspetos chave da perícia, no mundo clínico: 1) o *clinical grasp* e uma prática baseada nas respostas das pessoas; 2) o *know-how* incorporado; 3) ver a situação no seu todo (*big picture*); e 4) ver o inesperado. No entanto, para além da componente clínica, o enfermeiro perito incorpora uma componente sociomoral que compreende três aspetos: 1) grande capacidade de envolvimento; 2) gestão da tecnologia, prevenindo intrusões tecnológicas desnecessárias; e 3) trabalhar com e através de outros.

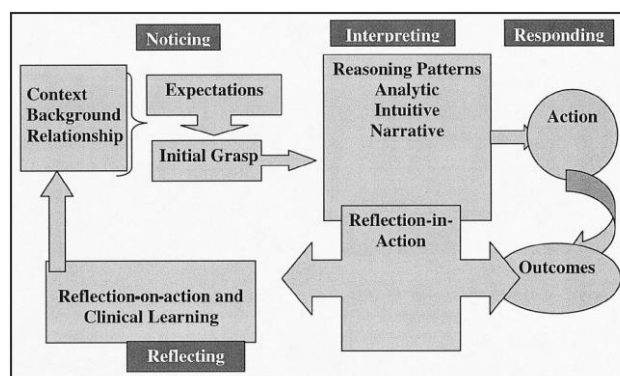
Durante o estágio pude aperceber-me da presença destes aspetos na interação e nas intervenções dos enfermeiros peritos. Percebi ainda que apesar de Benner e colaboradores (2009) categorizarem esses aspetos, eles não existem isoladamente, mas sim de uma forma integrada e interligada, por vezes sobressaindo uns relativamente a outros conforme as necessidades das pessoas e a perceção que os enfermeiros têm de cada situação de cuidados.

Na situação que apresentei, o procedimento de montagem do equipamento de ECLS e início da terapia era prioritário na situação do doente. A capacidade de o enfermeiro perito direcionar o seu foco dos problemas identificados para as ações que lhes dão resposta demonstra a competência de estabelecimento de ligações entre o estado atual da PSC e as respostas imediatas que impedem a deterioração do seu estado (Benner et al., 2009). O *know-how* incorporado destacou-se entre os aspetos que caracterizam o enfermeiro perito, traduzindo-se em verdadeiros cuidados especializados de enfermagem "altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total" (Regulamento N° 429/2018).

O dicionário da língua portuguesa apresenta como definição de reflexão "mudança de direção, ou mudança de sentido na mesma direção; ponderação, meditação; comentário, pensamento" (Porto Editora, 2021). De uma forma adaptada à Enfermagem, Tanner (2006), citando Dewey (1933), adota a definição de reflexão como "*the turning over of a subject in the mind and giving it serious and consecutive*

consideration” (p. 3), e apresenta o seu modelo de julgamento clínico em enfermagem, como esquematizado abaixo:

Figura 8. Modelo de Julgamento Clínico em Enfermagem (Tanner, 2006)



Como se verifica na Figura 8, Tanner (2006) valida o papel da reflexão na prática da enfermagem como um processo que se inicia na situação de cuidados e se estende para além dela, denominando-o, respetivamente, como *reflection-in-action* e *reflection-on-action*. A primeira decorre durante a situação de cuidados e mobiliza as intervenções de enfermagem e as respostas das pessoas, servindo como guia orientador para a manutenção dessas intervenções, ou para opção por outras caso a resposta não seja a esperada. A segunda ocorre após a situação de cuidados, em que o enfermeiro mobiliza a totalidade dos acontecimentos, incluindo sentimentos experienciados, permitindo a atribuição de significados aos acontecimentos ocorridos e, desse modo, contribuindo para a aprendizagem do enfermeiro, encerrando o ciclo desenvolvido por Tanner (2006). No entanto, a reflexão inerente ao julgamento clínico do enfermeiro difere consoante o seu nível de perícia. Benner e colaboradores (2009) definem dois “tipos” de reflexão: a racionalidade calculada; e a racionalidade deliberativa. Destaco a segunda, que começa a verificar-se a partir do nível de proficiente e é característica do enfermeiro perito. Aqui o enfermeiro não se prende à situação ocorrida, debruçando-se sobre a intuição que conduziu a determinados comportamentos, atitudes e intervenções, sob uma perspetiva de desafio para o próprio, procurando um apuramento dessa intuição, ao invés de a substituir com ações puramente baseadas na teoria, como se verifica nos níveis de perícia anteriores (Benner et al., 2009). A racionalidade deliberativa confere ao enfermeiro um desapego das regras estritas contempladas na teoria, não implicando que esta seja posta de parte, mas que o enfermeiro perito desenvolva uma profunda compreensão sobre a influência dessa teoria na sua prática (Benner et al., 2009).

A situação relatada e a reflexão que dela adveio materializou-se sob a forma de Jornal de Aprendizagem, com recurso ao Ciclo de Gibbs como modelo de organização e estruturação do trabalho, que foi de extrema importância pelo esclarecimento que me trouxe sobre o que realmente significa ser um enfermeiro perito, tendo sido um ponto de viragem importante durante o meu estágio no SU. A elaboração deste Jornal de Aprendizagem foi uma das atividades que consolidou a resposta ao Objetivo específico 2 – Desenvolver uma prática especializada de enfermagem à PSC suportada na teoria FOC de Kitson e colaboradores.

O estágio foi riquíssimo em situações e experiências sobre as quais refleti e que me permitiram cimentar o conceito e o significado de enfermeiro perito. No entanto, deparei-me com o desafio de dar resposta aos objetivos a que me propus.

As atividades para dar resposta ao Objetivo específico 1 – Desenvolver uma prática especializada de enfermagem à PSC, baseada na evidência científica atual; foram desenvolvidas ao longo de ambos os estágios. Durante este estágio decorreu o XXII Congresso Anual da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP) (Anexo III), onde foram abordados tópicos que relacionam a fragilidade e a TN, direcionados para a população geriátrica, e outros sobre a pandemia COVID19. As comunicações científicas sobre a fragilidade demonstraram que esta e a sua gravidade têm impacto no prognóstico dos indivíduos, sendo, no entanto, diagnosticável e passível de intervenção. Algumas das principais intervenções sobre a fragilidade dos indivíduos enquadram-se na TN, que pode funcionar como fator modificável e de resolução da fragilidade. Sobre a pandemia COVID19, uma das apresentações, realizada pelo Dr. Rocco Barazzoni⁶, debruçou-se sobre a problemática da desnutrição enquanto fator de risco para o desenvolvimento de doença grave em pessoas com COVID19, particularmente nas pessoas idosas e com múltiplas comorbilidades, que o palestrante caracterizou como potencialmente frágeis.

A pertinência da abordagem da TN estende-se a qualquer contexto de prestação de cuidados, em que os SU não são exceção, e constitui-se como uma intervenção terapêutica que dá resposta a um problema clínico e de saúde pública real e descrito na literatura, a desnutrição hospitalar como refletido no subcapítulo 1.2.

O SU é um contexto de cuidados extremamente dinâmico, com elevada rotatividade de pessoas e, muitas vezes, uma afluência desmesurada (Vivanti et al., 2015), em que a TN tem pouca prioridade para os profissionais de saúde (Eide et al.,

⁶ Departamento de Medicina Interna da Universidade de Trieste, Itália; médico no Serviço de Medicina Interna e coordenador da Unidade Ambulatória de Obesidade do Hospital Universitário de Trieste, Itália; Presidente do Comité Executivo da ESPEN.

2015). Na maioria das vezes é a principal porta de entrada das pessoas no meio hospitalar, sendo por vezes um local de permanência prolongada, principalmente para as pessoas que aguardam vaga de internamento (Raupp et al., 2018).

O primeiro passo da TN é a avaliação do risco nutricional e é amplamente defendido que esta avaliação deve ser realizada nas primeiras 24-48h após a admissão hospitalar (DGS, 2019; Despacho n.º 6634/2018, 2018; McClave et al., 2016; Singer et al., 2019). Atendendo à permanência prolongada das pessoas no SU, a avaliação do risco nutricional pode e deve ser realizada neste contexto (Griffin et al., 2020; Raupp et al., 2018; Vivanti et al., 2015). Uma vez que os enfermeiros estão em contacto constante e próximo das pessoas que, encontram-se na posição ideal para realizar essa avaliação (Geurden et al., 2014), permitindo a sinalização das pessoas em risco elevado, criando o precedente para que a TN seja agilizada num futuro próximo (Griffin et al., 2020; Vivanti et al., 2015). No entanto, existem algumas barreiras à implementação da avaliação do risco nutricional à admissão no SU, pelos enfermeiros, que incluem a perceção de que esta avaliação consome tempo, a crença de que a avaliação individual do enfermeiro se sobrepõe à avaliação com uma escala validada e a própria desvalorização desta avaliação à admissão (Dent et al., 2018).

Por forma a harmonizar o meu percurso pelos contextos de estágio estabeleci o Objetivo específico 4 – Compreender a *praxis* das equipas multidisciplinares dos locais de estágio relativamente à priorização e intervenção na TN da PSC, comparativamente às *guidelines* mais recentes. Percebi que na intervenção à PSC, que ocorria principalmente em SR, não era dada prioridade à TN, uma vez que neste contexto a pessoa encontra-se numa situação de instabilidade hemodinâmica, onde a TN ainda não tem lugar. No entanto, foram notórios o esforço e a determinação meus e da orientadora na procura da melhor forma de trabalhar o tema escolhido.

Uma das intervenções no âmbito da TN que captou a minha atenção prendeu-se com manipulação e manutenção de sondas nasogástricas (SNG). Destaco uma situação com uma doente de 89 anos de idade, vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico da artéria cerebral média esquerda, do qual resultaram plegia do hemicorpo e hemiface direitos, afasia e disfagia para alimentos de qualquer consistência. Devido à impossibilidade de determinar o tempo de evolução do AVC, a equipa médica optou por um tratamento conservador. Assim, as prioridades nos cuidados permitiram integrar a TN, tendo-se procedido à colocação de SNG para administração de NE enquanto aguardava vaga de internamento. A NE foi iniciada sem intercorrências, por modalidade de bólus. Em passagem de turno, a enfermeira

responsável pelos cuidados à senhora no turno anterior transmitiu que a doente não estaria a tolerar a NE, uma vez que apresentava conteúdo gástrico de características alimentares na ordem dos 150ml. Perante esta avaliação, a enfermeira desperdiçou o conteúdo gástrico e colocou a SNG em drenagem passiva.

Questionei a minha orientadora se as intervenções da equipa de enfermagem a pessoas com SNG iam de encontro ao que a enfermeira havia transmitido, ao que a orientadora respondeu que, de um modo geral, sim. Nesta altura transmiti algumas recomendações presentes nas *guidelines* da TN sobre a avaliação da tolerância gástrica, que não recomendam a monitorização do conteúdo gástrico, e sobre a modalidade de alimentação entérica mais recomendada, a modalidade contínua, que comporta menor risco de aspiração, demonstrando os meus conhecimentos e perícia na área da TN. Estas informações foram transmitidas ainda junto da enfermeira chefe de equipa, que demonstrou interesse nas recomendações presentes nas *guidelines*, para contribuir para a PBE no SU (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019).

Aqui, verifiquei interesse e abertura para a implementação de intervenções neste âmbito, havendo um obstáculo para a implementação de NE contínua, pois o SU não estava equipado com bombas de alimentação. Em conversa com a minha orientadora e a chefe de equipa determinámos que, apesar de pouco frequentes, existem situações como a da desta doente, em que o tempo de permanência das pessoas em SO é prolongado, fazendo sentido existirem guias ou protocolos de intervenção que orientem as práticas de enfermagem nessas situações.

Outro doente, de 92 anos, institucionalizado em lar, totalmente dependente nas AVD, encaminhado para o SU por história de tosse produtiva pouco eficaz, farfalheira, saturação periférica em ar ambiente 85-88% e febre. Foi triado com pulseira laranja e iniciou oxigenoterapia por máscara de Venturi a um FiO₂ 35%. A equipa médica presumiu um quadro de pneumonia de aspiração como provável diagnóstico clínico.

O senhor estava a aguardar vaga para internamento em serviço de Medicina Interna havia cerca de 24h, durante as quais não foi alimentado. Após a prestação de cuidados de higiene e conforto parciais, alimentei-o com uma dieta de consistência pastosa, com sucesso. No entanto, era evidente o risco de aspiração, sendo necessária, pelo menos, a supervisão do enfermeiro durante a alimentação. Não estava prevista abertura de vaga para breve, pelo que, juntamente com a minha orientadora, coloquei a possibilidade de colocação de SNG para fornecer aporte nutricional ao Sr., face ao seu risco de aspiração, enquanto se mantinha a aguardar. A equipa concordou com a intervenção. No entanto, encontrávamo-nos numa altura

de elevada exigência perante os profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, devido ao pico da pandemia COVID19, o que me levou a questionar a possibilidade de administração de NE em modalidade contínua, para otimizar o aporte nutricional ao doente, sugerindo o pedido de empréstimo de uma bomba de alimentação a um dos serviços de internamento. A sugestão foi aceite e a bomba foi adquirida. No seguimento da situação, foi pedido apoio ao dietista de urgência que avaliou o risco e estado nutricional do doente e delineou um plano nutricional que foi cumprido até ao surgimento de vaga em internamento, dois dias depois.

Aplicando a estrutura conceptual da teoria FOC (Kitson, 2018) à situação apresentada, os elementos que a constituíram podem ser enquadrados da seguinte forma:

- Relação enfermeiro-pessoa: **foco** na pessoa totalmente dependente nas AVD; que permitiu a **antecipação** das suas necessidades fundamentais, nomeadamente do risco e necessidades nutricionais do doente que iriam agravar com o aumento do tempo de espera por vaga de internamento e do risco de aspiração para determinar a intervenção de enfermagem de colocação de SNG;
- Integração do cuidar:
 - **Componente psicossocial**: assegurar a privacidade e dignidade nos cuidados de higiene e conforto;
 - **Componente relacional**: estabelecimento de objetivos e assegurar o seu cumprimento, empatia;
 - **Componente física**: prestação de cuidados de higiene e conforto, otimização do dispositivo de absorção, garantir o aporte nutricional adequado;
- Contexto de cuidados: capacidade de gestão e aquisição de **recursos** com o pedido de empréstimo da bomba de alimentação; articulação com elemento da **equipa multiprofissional** (dietista de urgência) para garantir uma avaliação das necessidades nutricionais adequada.

Com isto, dentro do quadro dinâmico e caótico do SU, considero que foi possível desenvolver um **cuidado fundamental centrado na pessoa**. A organização dos elementos de qualquer situação de cuidados na prática de enfermagem do dia-a-dia com esta teoria possibilita a realização de planos de cuidados de enfermagem de uma forma concisa e objetiva. Sucintamente, permite a sinalização de problemas, riscos ou potencialidades (diagnósticos de enfermagem), a identificação de recursos de

qualquer natureza (intervenções de enfermagem), o estabelecimento de metas e respetiva avaliação do seu cumprimento (resultados esperados).

Durante estas ocorrências, fui abordando a minha orientadora sobre outra componente do meu tema, a fragilidade da PSC. Determinámos que esta seria um pouco mais difícil de trabalhar em SU, pois se a TN já foi uma temática desafiante de demonstrar a sua relevância para a equipa de enfermagem, a fragilidade da PSC seria um conceito considerado ainda menos prioritário. Além disso, o contacto com as PSC neste contexto ocorria principalmente em SR onde, como já referido, raramente estavam reunidas condições de estabilidade hemodinâmica para se dar início à TN.

Perante esta realidade questioneimei-me “como posso passar a minha mensagem? Como posso chamar a atenção dos enfermeiros para esta problemática, promovendo a PBE?”. Assim, propus-me a elaborar um Portefólio Científico na área da TN (Apêndice II). A escolha por um portefólio prendeu-se com o facto de eu pretender não só transmitir as indicações e intervenções de enfermagem na área da TN conforme as *guidelines* mais recentes, mas também incentivar ao início da avaliação do risco nutricional das pessoas que recorrem ao SU através da partilha de evidência científica que defende e reforça a pertinência desta avaliação nesse contexto. Este portefólio foi elaborado com aprovação da minha orientadora clínica e das minhas tutoras, e ficou disponível para consulta dos profissionais. A sua elaboração foi uma das atividades que me permitiu dar resposta ao Objetivo específico 5 – Promover uma prática baseada na evidência no âmbito da TN junto de pares e restantes membros da equipa multidisciplinar.

Para além das atividades propostas, desenvolvi e participei noutras, que enumeiro de seguida, que promoveram o desenvolvimento de competências que vão de encontro às competências específicas da especialização em enfermagem à PSC, descritas em Anexo II do Regulamento nº 429/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018).

Eu e a minha orientadora ficámos frequentemente destacadas para a SR onde a prestação de cuidados à PSC era constante e diversificada. Prestei cuidados a PSC vítimas de trauma por quedas, acidentes de viação e mesmo agressão/violência física. Também participei na prestação de cuidados a PSC vítimas de AVC, com a aplicação dos protocolos daquele SU. Foram frequentes as situações de PCR, em que também pude participar na implementação dos algoritmos de Suporte Avançado de Vida. Todas estas situações permitiram o desenvolvimento de competências espelhadas no Regulamento nº 429/2018 (2018), em Enfermagem à PSC, nomeadamente a

competência descrita no ponto 1 “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (p.19363).

Atendendo à minha experiência na prestação de cuidados à pessoa com COVID19, eu e a minha orientadora ficámos alocadas diversas vezes à unidade destinada ao atendimento de pessoas infetadas ou com suspeita de infeção por SARS-CoV 2, o SU COVID. Aqui destacaram-se a competência e respetivas unidades de competência descritas no ponto 3 do Regulamento nº 429/2018 (2018) “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p.19364).

A aplicação das medidas de prevenção e controlo de infeção foram uma constante neste posto quer, por exemplo, na utilização e gestão dos equipamentos de proteção individual (EPI), quer no estabelecimento de circuitos para mobilização das pessoas dentro do hospital através do contato e coordenação com os seguranças.

Durante a fase crítica da pandemia COVID19 ocorreu uma deslocação em massa de pessoas ao hospital, o que, perante o número limitado de vagas em internamento de enfermaria e UCI, causou um grande congestionamento no SU.

O SU COVID dividia-se em duas zonas: a triagem Pré-COVID e a COVID. Num dos turnos da noite que realizei no SU, fiquei alocada à zona Pré-COVID com a minha orientadora. Foi uma noite de uma afluência populacional particularmente excessiva ao SU, tendo sido necessária a gestão do espaço para criação de vagas nesta zona para dar resposta à grande afluência, gestão essa desafiante, pois o espaço disponível era limitado, havendo que manter as condições de segurança e medidas de prevenção e controlo de infeção com o distanciamento adequado entre as pessoas em espera. Existiam ainda mais de 50 pessoas por triar, das quais cerca de 20 aguardavam em ambulâncias que faziam fila à porta do SU COVID.

Nessa noite foram notórias as capacidades e competências que demonstrei, em equipa, que deram resposta ao ponto 2 do regulamento “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (p.19363). Não sendo uma situação de “multivítimas”, foi uma situação em que se revelou a necessidade de gestão de prioridades, com visitas de médico e enfermeiro pelas ambulâncias, questionando os bombeiros e os técnicos de ambulância sobre o estado atual das pessoas, pesando e avaliando a necessidade de atendimento imediato ou não, e o tempo de espera. A situação decorreu de forma tão harmoniosa e eficaz que, cerca das 4h da manhã, não existiam mais pessoas por triar.

Por último, destaco o Objetivo específico 3 - Promover o controlo da fragilidade da PSC através de intervenções especializadas de enfermagem, nomeadamente no âmbito da TN. Durante este estágio deparei-me com situações de cuidados em que implementei intervenções especializadas de enfermagem no âmbito da TN: prestação de cuidados de enfermagem (p.e. avaliação da glicemia capilar, avaliação global do estado nutricional, administração de NE, etc.); articulação com a equipa multidisciplinar; e discussão junto da equipa de enfermagem sobre as formas de atuação que constituem uma PBE na área da TN.

A implementação das intervenções especializadas de enfermagem na TN em SU pode parecer difícil, no entanto, as situações que descrevo demonstram que é possível em qualquer fase do percurso hospitalar, sempre que são prioritárias para cada pessoa. Na PSC as intervenções especializadas de enfermagem na TN têm lugar numa fase mais tardia do percurso. No entanto, todas as outras intervenções que promovem a estabilização hemodinâmica da PSC possibilitam o início mais célere da TN, que por sua vez promove o controlo da fragilidade da PSC.

Considero que o meu percurso durante este estágio me permitiu atingir este objetivo, uma vez que a prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC e a atuação em situações de urgência/emergência promoveu o meu desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à PSC, tanto de uma forma global, como especificamente na TN.

2.3. Na Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio em UCI decorreu entre fevereiro e maio de 2021. A transição para este contexto de estágio trouxe-me uma maior expectativa, uma vez que este seria um contexto cujas condições me permitiriam desenvolver a temática do controlo da fragilidade da PSC através da TN de uma forma mais harmoniosa, pois tanto a minha enfermeira orientadora como a restante equipa de enfermagem da UCI reconheceram a relevância do meu tema.

A entrada para um contexto de UCI veio também acompanhada de medos e incertezas devido à minha inexperiência na prestação de cuidados a uma população tão frágil como a PSC. Senti-me assoberbada com a monitorização invasiva, as perfusões de terapêutica vasopressora, a ventilação mecânica, entre outros aspetos. No entanto, com o decorrer da prestação de cuidados às PSC pude aperceber-me da sua complexidade, como Edgar Morin a descreve, pois, cada sistema não existe e prospera por si só, mas sim em relação com os outros, estabelecendo elos, nos quais

a presença de stressores pode originar ruturas ou perdas dos mesmos, condicionando a harmonia do funcionamento do organismo de que estes sistemas fazem parte.

Inicialmente procurei dar resposta ao Objetivo específico 4 - Compreender a praxis das equipas multidisciplinares dos locais de estágio relativamente à priorização e intervenção na TN da PSC, comparativamente às *guidelines* mais recentes, por forma a compreender de que modo me poderia integrar na equipa para trabalhar a minha temática, observando as práticas da equipa multiprofissional e de enfermagem sobre a priorização da TN, discutindo com a minha orientadora e outros enfermeiros, mantendo uma postura reflexiva. Nesta sequência, prestei cuidados de enfermagem à PSC com diversos diagnósticos clínicos, desde a COVID19 às intercorrências de intervenções cirúrgicas eletivas. A prestação de cuidados a todas estas PSC permitiu-me dar resposta ao Objetivo específico 2 - Desenvolver uma prática especializada de enfermagem à PSC suportada na Teoria dos FOC de Kitson e colaboradores, e proporcionou-me um enorme leque de experiências que enriqueceram os meus conhecimentos teórico-práticos, contribuindo para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem gerais nos cuidados à PSC.

Focando-me especificamente na TN, eram comuns as PSC sob ventilação mecânica invasiva (VMI) e, por isso, com necessidade de alimentação por via entérica, via sonda orogástrica (SOG). Atendendo à temática escolhida e para dar resposta ao Objetivo específico 3 – Promover o controlo da fragilidade da PSC através de intervenções especializadas de enfermagem, nomeadamente no âmbito da TN, foram elaborados dois estudos de caso (EC).

O primeiro foi realizado sobre um doente com os diagnósticos clínicos de Pneumonia por SARS-CoV 2 (COVID19), insuficiência respiratória tipo 1 e lesão renal aguda, cuja evolução desfavorável do quadro respiratório levou à necessidade de VMI e internamento em UCI. Por manutenção da insuficiência respiratória, houve necessidade de o posicionamento em decúbito ventral. A especificidade das intervenções de enfermagem na TN da PSC com COVID19 posicionada em decúbito ventral, impeliu a minha pesquisa e estudo suscitando a elaboração deste EC. Behrens et al. (2021) afirmam que a segurança e tolerância da TN na PSC em decúbito ventral são fatores que geram uma conduta de apreensão pelos profissionais de saúde devido ao risco de elevados volumes residuais gástricos, vômito e aspiração, conduta esta que pude verificar nas intervenções na TN a este doente, particularmente no atraso na progressão do ritmo da NE. No entanto, os autores recomendam algumas intervenções que promovem a tolerância e segurança da TN nestas pessoas:

- Elevação da cabeceira entre 10-25° (Trendelemburg invertido);
- Profilaxia com terapêutica procinética;
- Posicionamento pós-pilórico da sonda entérica.

Partilhei estas recomendações com a equipa de enfermagem da UCI, que demonstrou interesse nas mesmas, promovendo a PBE com a implementação das intervenções enumeradas anteriormente, excetuando o posicionamento da sonda entérica num segmento pós-pilórico.

No entanto, senti que havia outros aspetos referentes à TN que gostaria de trabalhar, permitindo-me estabelecer a ponte entre os conceitos de fragilidade, PSC e TN. Tal foi possível com a realização do segundo EC sobre um homem de 40 anos de idade, previamente autónomo nas AVD. O seu percurso no meio hospitalar tinha já uma duração de três meses, tendo-se iniciado com a transferência para outro hospital para internamento em UCI pela necessidade de VMI por COVID19, devido à ausência de vagas no hospital de origem. Cerca de um mês após o regresso ao hospital de origem, já sem necessidade de VMI, o doente iniciou um quadro clínico de hipotensão e lesão renal aguda, com aumento dos parâmetros inflamatórios, e necessidade de iniciar suporte com terapêutica vasopressora para a estabilizar o quadro hemodinâmico. Para maior vigilância e segurança, foi transferido para a UCI, com os diagnósticos de Pielonefrite e Choque Séptico.

O principal motivo pelo qual o caso deste senhor me interessou prendeu-se com a sua alimentação. Desde o seu regresso ao hospital de origem havia registo de dificuldades na alimentação por recusa das refeições confeccionadas no hospital referindo não gostar do sabor, possivelmente relacionado com as alterações do paladar decorrentes da COVID19, e pela intolerância alimentar caracterizada por vómitos cerca de 5-6 vezes/dia e sensação de enfartamento. O Sr. tinha como antecedente pessoal Obesidade Classe III (peso corporal 190kg prévio ao internamento associada a história de automutilação, ambos fruto de mecanismos de *coping* desajustados para com história familiar de violência doméstica; IMC 60.6 kg/m²). À admissão na UCI, apresentava um peso corporal de 148 kg, (perda ponderal em cerca de 22%), mantendo-se num nível de Obesidade Classe III (IMC 47.2 kg/m²). Esta perda ponderal ocorreu principalmente pela perda de massa magra, não só associada à doença crítica e à imobilidade, mas também à reduzida ingestão alimentar.

Na elaboração do plano de cuidados para este senhor, destaco os diagnósticos de enfermagem que levantei no âmbito dos cuidados de enfermagem na TN, segundo

a *North America Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (Herdman & Kamitsuru, 2018): **Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades orgânicas**; e **Risco de glicemia instável**. De seguida exponho as intervenções, discussões e reflexões que tiveram lugar na prestação de cuidados ao doente para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem levantados.

Primeiramente, propus junto da minha orientadora a possibilidade de personalização da dieta do doente através da coordenação com a dietista da UCI e juntamente com o doente. A importância da personalização da dieta das pessoas internadas em hospital é irrefutável, pois promove a adesão aos planos nutricionais estabelecidos. No entanto, deve-se atentar à qualidade nutricional dos alimentos fornecidos. Durante a elaboração do plano alimentar do senhor, em conjunto com o mesmo, começaram a ser incluídos alguns alimentos que ele referia gostar e que iria possivelmente tolerar. No entanto, muitos eram pouco nutritivos, como gelados e gelatinas, e outros alimentos nutricionalmente valiosos, como fruta e vegetais/legumes, foram excluídos, com base numa premissa de “desde que ele coma...”, mencionada diversas vezes durante a discussão. Juntamente com a minha orientadora, alertei para este facto, pois os planos nutricionais devem ir de encontro às necessidades nutricionais das PSC. Comuniquei estas informações ao doente que referiu compreender a importância do valor nutricional dos alimentos, tendo concordado com a manutenção da fruta e vegetais/legumes às refeições.

A par desta discussão, também intercedi pela inserção de suplementos proteicos no plano nutricional do doente, indo de encontro a uma outra necessidade tão emergente: a promoção da cicatrização da úlcera por pressão (UPP) que tinha na região sagrada, presente desde o internamento inicial na UCI do outro hospital: UPP de categoria IV, de grandes dimensões (~20 cm comprimento x 20 cm largura x 10 cm profundidade), com tecido necrosado e desvitalizado, com exsudado purulento em abundante quantidade e de cheiro fétido, e bordos com sinais inflamatórios.

Para dar resposta à intolerância alimentar que o doente apresentava, com cerca de 2 meses de evolução, questionei a minha orientadora sobre as práticas recorrentes da UCI relativamente à prescrição de terapêutica procinética, tendo ela referido ser uma prática recorrente. Atendendo a essa informação, aquando da proposta de personalização da dieta do doente, questionei a minha orientadora sobre a possibilidade de discussão com a equipa médica no sentido de ser iniciada terapêutica procinética, contribuindo para a digestão dos alimentos, para a prevenção de vómitos e, conseqüentemente, da pneumonia de aspiração. Assim, abordámos a equipa

médica que reconheceu a pertinência da prescrição de procinéticos, tendo prescrito Domperidona 10 mg em solução oral. O plano determinado pela equipa médica consistiu em manter as tentativas de alimentação via oral com a dieta personalizada e a terapêutica procinéctica e, em caso de manutenção da intolerância gástrica nas 24h seguintes, foi deixada indicação para colocação de SNG para administração de NE.

Nesta fase, ponderei uma nova possibilidade. Segundo as *guidelines* internacionais (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019), a via parentérica deve ser considerada em último caso, nomeadamente na impossibilidade de ser mantido um aporte nutricional adequado devido à ausência ou contra-indicação da utilização da via oral/entérica. As *guidelines* sugerem que a utilização da nutrição parentérica (NP) deve ser ponderada caso a caso, com avaliação risco-benefício para cada pessoa, devendo primeiramente ser otimizadas as estratégias para utilização da via oral/entérica. No entanto, também recomendam o recurso à NP suplementar, quando a administração unicamente de NE dá resposta a <60% dos alvos nutricionais e energéticos estabelecidos, existindo, no entanto, falta de consentimento no período adequado ao início desta NP suplementar.

Estando este doente em carência nutricional com cerca de 2 meses de evolução e atendendo a que as estratégias para promoção da tolerância à alimentação por via oral poderiam tomar algum tempo até se verificar a sua eficácia, questioneei a equipa médica, juntamente com a minha orientadora e após discussão com a mesma, sobre a possibilidade de implementação de NP suplementar à alimentação via oral, tendo este tópico sido retido para discussão em equipa multiprofissional *a posteriori*.

No que diz respeito à temática em estudo, não sendo a fragilidade classificada como diagnóstico de enfermagem descrito na NANDA (Herdman & Kamitsuru, 2018), nem estando o seu controlo incluído como intervenção ou resultado esperado nas *Nursing Interventions Classification* (NIC) (Butcher et al., 2018) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (Moorhead et al., 2018), procedi à avaliação do grau de fragilidade do doente em dois momentos: no dia seguinte à admissão do doente na UCI e na fase prévia ao seu internamento. Esta avaliação foi feita com recurso à CFS, para o EC. À admissão o doente encontrava-se num grau 7 de fragilidade (*Severely Frail – Completely dependente for personal care [...]*). Segundo a história fornecida pelo próprio, previamente ao seu internamento o seu grau de fragilidade avaliava-se em 4 (*Vulnerable – [...] not dependent on others [...] symptoms limit activities [...]*).

Apesar de não poder chegar a conclusões definitivas apenas com o caso aqui descrito, posso assumir a hipótese de que um grau de fragilidade prévio a um

internamento em UCI pode condicionar negativamente não só a evolução da pessoa durante o mesmo, mas também os resultados esperados, em termos de tempo e qualidade, como concluíram Bagshaw e colaboradores (2016).

Além do estabelecimento do elo entre os três conceitos chave da temática deste relatório, este EC permitiu-me claramente enquadrar as intervenções de enfermagem postas em prática, num doente com grau de dependência moderado nas AVD, nalgumas das componentes da estrutura conceptual da teoria FOC (Kitson, 2018):

- **Componente psicossocial:** utilização da escuta ativa e do toque terapêutico, estar presente, valorizar os problemas identificados, promover o encaminhamento e seguimento adequados dos problemas identificados (acompanhamento psicológico), manter a dignidade e respeito pelo doente (privacidade nos cuidados de higiene e conforto, apoio na alimentação, etc.);
- **Componente relacional:** estabelecimento e comunicação de objetivos (durante as refeições), envolvimento do doente nos cuidados (elaboração do plano alimentar), utilizar a escuta ativa e o toque terapêutico, e estar presente;
- **Componente física:** cuidados de enfermagem no âmbito da TN (administração de terapêutica, posicionamento), substituição na satisfação das AVD e realização de intervenções para a re aquisição da independência na sua satisfação (incentivo da alimentação por mão própria, exercícios de reabilitação da motricidade fina, etc.);

A integração do cuidar engloba a coordenação da equipa de enfermagem com a restante equipa multiprofissional e com a pessoa alvo dos cuidados. A coordenação com a equipa multiprofissional também se inclui na esfera do contexto dos cuidados ao nível do sistema, nomeadamente na mobilização de recursos humanos. O estabelecimento da relação com o doente tem por base as componentes descritas no referencial teórico: a confiança, principalmente do Sr. para com a equipa de enfermagem; o foco no doente; a antecipação das suas respostas aos cuidados prestados; e a avaliação dos resultados, em conjunto com ele, incluindo-o no próprio processo de cuidados. Assim, alcança-se o resultado final pretendido com as intervenções de enfermagem com base na teoria FOC, o cuidado fundamental centrado na pessoa (Kitson, 2018).

As intervenções que tive na prestação de cuidados ao doente supracitado demonstram todo o trabalho e estudo que dediquei a esta temática. Senti que me destaquei pelo domínio das indicações das *guidelines* mais recentes sobre a TN, bem

como noutras fontes disponíveis. Ressalvando o tanto que ainda tenho, e sempre terei, a aprender e a reforçar ao nível dos conhecimentos teórico-práticos na prestação de cuidados à PSC, notei claramente a minha evolução, demonstrando já um certo nível de perícia dentro da temática que escolhi trabalhar, que sinto ter sido reconhecida pelos meus pares, particularmente pela minha orientadora.

Desde o início do estágio ocorreram diversas discussões com a minha orientadora para perceber de que modo poderia dar forma e enfatizar a importância da minha temática naquele contexto. Pude perceber que existia um protocolo específico para a administração de TN na UCI, que se tornou central nas nossas discussões. Analisei-o com a minha orientadora, tendo ambas verificado que ele poderia ser sujeito a atualização para contemplar as indicações das *guidelines* mais recentes. Percebi que aqui estaria uma forma de dar resposta ao Objetivo específico 5 - Promover uma prática baseada na evidência no âmbito da TN junto de pares e restantes membros da equipa multidisciplinar. Conversámos com outros colegas da equipa de enfermagem que concordaram que o protocolo deveria ser atualizado e pudemos perceber que existiam outros elementos da equipa multiprofissional do serviço que manifestavam interesse na área, uma médica e a dietista, com as quais eu e a minha orientadora formámos equipa para atualização do protocolo. Para o efeito, no que diz respeito à enfermagem, procurei aglomerar evidência científica proveniente de diversas fontes, organizando-a por etapas e incorporando as intervenções, vigilâncias e monitorizações de enfermagem adequadas a ter em cada uma delas, elaborando assim uma Proposta de Protocolo de atuação – Terapia Nutricional na Pessoa em Situação Crítica (Apêndice III).

Certos pontos desta proposta de protocolo carecem de desenvolvimento por parte dos outros membros da equipa, como a prescrição de terapêutica procinética e a determinação das necessidades nutricionais. No entanto, a estruturação e as indicações incluídas nesta proposta de protocolo vão de encontro àquelas contempladas nas últimas *guidelines* internacionais, contribuindo assim para uma PBE e, conseqüentemente, para melhores resultados para a PSC.

A consulta e análise das *guidelines* relativas à TN na PSC e a pesquisa nas bases de dados foi uma constante durante todo o meu percurso nesta UC, mas com um impacto muito superior em contexto de UCI. Esta consulta e análise permitiram-me dar resposta ao Objetivo específico 1 - Desenvolver uma prática especializada de enfermagem à PSC, baseada na evidência científica atual. Outra atividade que me permitiu dar resposta a esse objetivo foi a assistência a conferências ou outras

exposições relacionadas com a temática da TN na PSC. O VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos, ao qual assisti (Anexo IV), decorreu nos dias 27 e 28 de fevereiro de 2021. Neste congresso tiveram lugar muitas palestras que abordaram a temática da TN na PSC. Apesar de não terem relacionado a TN diretamente com a fragilidade da PSC, tive a oportunidade de ouvir palestrantes nacionais, como o Dr. Aníbal Marinho⁷ e o Dr. Paulo Martins⁸, e internacionais, como novamente o Dr. Rocco Bazzaroni, o Dr. Pierre Singer⁹ e a Dra. Elizabeth De Waele¹⁰ sobre a realidade da TN nos seus serviços e países, que por norma seguem as indicações descritas na *guidelines* da ESPEN, defendendo sempre a PBE.

O estágio em UCI permitiu-me desenvolver competências descritas no Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (2018), em particular na Enfermagem à PSC, nomeadamente a competência descrita no ponto 1 “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (p.19363), uma vez que a minha prestação de cuidados à PSC permitiu-me vivenciar situações que se enquadravam nas unidades de competência deste ponto, dos quais destaco a gestão diferenciada da dor, recorrendo a estratégias farmacológicas e não farmacológicas, que incluíram por exemplo a alternância de decúbitos com o posicionamento atendendo ao alinhamento dos segmentos corporais prevenindo lesões músculo-esqueléticas de difícil identificação no caso das PSC sob sedo-analgésia e bloqueio neuromuscular, e o recurso a estratégias de distração e ao toque terapêutico em pessoas conscientes durante procedimentos com potencial para gerar dor, como a realização de pensos.

A competência do ponto 3 “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” também foi alvo de desenvolvimento. A prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos comporta elevada prioridade nas UCI. Além da evidente utilização de EPI na prestação de cuidados à PSC, destaco a sinalização do tipo de isolamento a que esta é sujeita conforme os microorganismos identificados, prática esta protocolada na UCI com recurso a placas com um código

⁷ Diretor do Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Universitário do Porto – Hospital de Santo António; Presidente da APNEP.

⁸ Diretor do Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra – Hospital Universitário de Coimbra.

⁹ Diretor do Departamento de Cuidados Intensivos Gerais e do Instituto de Investigação em Nutrição do Centro Médico Rabino – Hospital de Beilinson, Israel; Professor adjunto no Departamento de Anestesia e Cuidados Intensivos da Escola de Medicina de Sackler, em Tel Aviv, Israel; Presidente do Comité Executivo da ESPEN (2010-2014).

¹⁰ Chefe do Departamento de Medicina Intensiva do Hospital Universitário de Bruxelas, Bélgica.

de cores, sendo cada cor referente a diferentes tipos de isolamento (de contacto, gotículas ou via aérea) e a legenda exposta em vários pontos da UCI. Dou o exemplo do doente do caso suprarreferido, a quem foi identificada uma bactéria multirresistente na cultura do exsudado da UPP, com indicação para isolamento de contato. Assim, eu e a minha orientadora procedemos à sinalização da cama e da unidade do doente de forma visível para todos, com uma placa identificadora do tipo de isolamento.

No âmbito do Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2019), importa fazer referência às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. De um modo geral, considero que demonstrei competências que vão de encontro às descritas em regulamento sobre este domínio. No entanto, dou destaque à unidade de competência “A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” (p.4746), cuja resposta vai de encontro à componente de tomada de decisão em conjunto com o doente, contemplada na teoria FOC, que tive em conta durante todo o estágio, e que exemplifico com a articulação com a equipa multiprofissional para o desenvolvimento de um plano alimentar personalizado para o doente supracitado. Relativamente à competência “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 4746), dei resposta a ambas as unidades de competência que o regulamento descreve, particularmente no foco sob a dignidade e privacidade dos doentes na prestação de cuidados como a higiene e conforto, e na eliminação. Sublinho o critério de avaliação “A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional” (p. 4746) particularmente relevante na realização dos estágios, onde protejo a identidade dos doentes. Saliento ainda unidade de competência “A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.” (p. 4746), na promoção da segurança do doente no que diz respeito à implementação de medidas de controlo de infeção e prevenção da resistência a antimicrobianos, mencionada anteriormente.

Em suma, a complexidade e versatilidade do contexto de UCI forneceu-me a possibilidade de desenvolver atividades que me permitiram dar resposta aos objetivos específicos que estabeleci, proporcionando-me a aquisição de competências especializadas de enfermagem na intervenção à PSC, no caminho para a perícia.

2.4. Competência de partilha de conhecimentos e formação formal

A aquisição de competências especializadas de enfermagem durante o meu percurso académico foi cimentada pela pesquisa e estudo constantes sobre a temática escolhida no âmbito deste relatório. Os conhecimentos que adquiri e atualizei, e a capacidade de os incorporar na minha prática, confere-me um nível de perícia que pretendo continuar a desenvolver. Nesse sentido, emerge a responsabilidade de transmissão e partilha de conhecimentos que promovam a PBE, que se constitui como uma competência dos enfermeiros especialistas, presente no Regulamento Nº 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, na competência “D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” e respetivo descritivo “D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (p.4749).

Nesse sentido, além dos diversos momentos de formação informal nos contextos de estágio na transmissão de conhecimentos e indicações área da TN na PSC, a convite da Prof. Teresa Leal, surgiu a oportunidade de realizar uma sessão letiva sobre a TN na PSC para a turma de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC do ano letivo 2021-2022 (Anexo V). A sessão, realizada a 14/04/2022, com base na *guideline* para a TN da PSC da ESPEN (Singer et al., 2019) incluiu alguns tópicos que, com base no meu percurso académico e na minha experiência clínica, considero que carecem de destaque na formação dos enfermeiros (Apêndice IV), indo de encontro aos tópicos expostos no subcapítulo 1.4. No final da sessão foi realizada uma atividade de grupo, para a qual redigi cinco situações genéricas diferentes, cujo objetivo era mobilizar os conteúdos transmitidos durante a sessão e explorar a *guideline* para determinar a estratégia nutricional mais adequada (via de administração, fórmula de alimentação [isocalórica, hipocalórica, trófica], alvos energéticos/nutricionais, suplementos a administrar, etc...), para cada situação.

Senti-me bastante ansiosa durante a apresentação pelo desafio que esta nova experiência me colocou. No entanto, contei com a participação dos colegas durante toda a sessão, mais dinâmica durante a realização da atividade, que demonstraram interesse no tema e apropriação dos conteúdos, avaliada através da concretização das atividades realizadas em grupo.

Considero que a sessão foi um sucesso, transmitido também pelos colegas da turma, constituindo-se como o primeiro passo para continuar a desenvolver as minhas competências de formação enquanto perita na área da TN da PSC, no sentido de promover uma PBE e, conseqüentemente a qualidade dos resultados para a PSC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conceção do tema no qual o meu percurso de mestrado e este relatório se basearam começou com a noção da fragilidade de jovens adultos e adultos que surgiu com a abordagem do tópico durante as aulas deste curso. Esta noção motivou a pesquisa de literatura que me permitiu concluir que, independentemente da sua faixa etária, a PSC é frágil e se esta fragilidade não for controlada, a capacidade de recuperação e os resultados esperados para a PSC podem ser comprometidos.

A par da fragilidade, a evidência científica desenvolvida nas últimas três décadas ilumina sobre a importância da TN, cuja aplicação adequada na prática aparenta ter influência positiva sobre o grau de fragilidade da PSC, promovendo o seu controlo e contribuindo para a diminuição do risco e ocorrência de resultados indesejáveis.

No entanto, os dados disponíveis comprovam que em Portugal prevalece uma postura de hiponutrição permissiva que se estende para a enfermagem, onde é recorrente a desresponsabilização dos enfermeiros sobre a TN, depositando, erradamente, essa responsabilidade sobre outros grupos profissionais, e onde as intervenções e atitudes terapêuticas dos enfermeiros ainda se baseiam largamente em crenças, rituais, opiniões e experiências pessoais, contribuindo para o agravamento do estado nutricional da PSC.

Esta postura pode ainda ser potenciada pelos contextos de cuidados quer pela cultura dos serviços, quer pela exigência profissional e priorização de outros cuidados em relação à TN, como verifiquei no estágio em SU. No entanto, e como concluo neste relatório, os enfermeiros encontram-se na posição ideal nos cuidados à PSC e, por isso, têm a responsabilidade de advogar pela qualidade dos cuidados na TN, contribuindo para a prevenção e resolução de problemas que surjam no percurso de doença crítica e, assim, para melhores resultados para a PSC. Compreender que a PSC é frágil, que essa fragilidade tem influência sobre o seu prognóstico clínico e que a TN tem um papel importante no controlo dessa fragilidade, pode ser a chave para a mudança de atitude nos enfermeiros, no sentido de adotarem uma PBE na área da TN, promovendo a reflexão sobre o problema da desnutrição hospitalar e procurando fazer parte da solução. É, então, necessário o investimento dos enfermeiros na sua formação teórico-prática na área da TN da PSC. Uma vez que existe ao dia de hoje investigação cujas conclusões comprovam a influência da TN sobre os resultados da PSC, é necessária e urgente a implementação de medidas que vão de encontro a essas conclusões. Considero ainda necessário o investimento na investigação que determine de forma conclusiva a influência que o grau de fragilidade da PSC tem sobre

os seus resultados e a influência que a TN tem sobre o controlo desse grau de fragilidade e, conseqüentemente, sobre os resultados obtidos.

A teoria FOC, ao refletir a abrangência da intervenção de enfermagem, fornecendo uma estrutura conceptual que permite visualizar os campos de intervenção, permitiu-me de uma forma objetiva estruturar o planeamento de cuidados à PSC de uma forma organizada, visando o cuidado fundamental centrado na pessoa. Através da sua utilização na elaboração dos EC, reconheço a abrangência da intervenção especializada em enfermagem na área da TN. O recurso a esta teoria promoveu o apuramento do meu juízo crítico para as minhas intervenções e atitudes terapêuticas, permitindo-me desenvolver a minha postura reflexiva sobre não só os meus cuidados de enfermagem, mas também sobre o ambiente que me rodeia.

Um grande desafio durante o meu percurso de mestrado foi a conjugação entre a minha vida pessoal, profissional e académica. No entanto, este era um desafio expectável que enfrentei de forma linear até março de 2020, altura em que surge o fator que me colocou os derradeiros desafios, a pandemia COVID19. Esta pandemia implicou grandes mudanças na vida de todos, com um impacto avassalador na minha vida profissional e académica. Não obstante, a resiliência reinou no meu percurso, permitindo-me converter os desafios em oportunidades de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem.

O meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à PSC destaca-se pelo sucesso no cumprimento dos objetivos delineados. Fui também de encontro aos objetivos e competências definidos pela ESEL (2010) para a atribuição do grau de mestre e às competências dos Regulamentos de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (2018, 2019), especificamente na Enfermagem à PSC. Terminei este percurso académico e continuo o meu percurso pessoal e profissional com uma perspetiva renovada da importância dos fundamentos do cuidar, com a preocupação de investir na reflexão crítica individual e estimular a reflexão crítica coletiva para promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, assentes numa PBE. Pretendo continuar a aprofundar a minha formação académica na área da TN à PSC e investir na formação de outros, em contexto formal e informal, nesta área tão pouco prioritizada nos cuidados de enfermagem em Portugal.

No final deste percurso, destaco-me como uma enfermeira perita na área da TN na PSC, reconhecendo os benefícios desta terapia no controlo da fragilidade desta população e, conseqüentemente nos seus resultados esperados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, N. S., Hairi, N. N., Said, M. A., Kamaruzzaman, S. B., Choo, W. Y., Hairi, F., Othman, S., Ismail, N., Peramalah, D., Kandiben, S., Mohd Ali, Z., Ahmad, S. N., Abdul Razak, I., & Bulgiba, A. (2018). Prevalence, transitions and factors predicting transition between frailty states among rural community-dwelling older adults in Malaysia. *PLOS ONE*, *13*(11), e0206445. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206445>
- Almeida, A. I., Correia, M., Camilo, M., & Ravasco, P. (2013). Length of stay in surgical patients: nutritional predictive parameters revisited. *British Journal of Nutrition*, *109*(2), 322–328. <https://doi.org/10.1017/S0007114512001134>
- Amaral, T.F., Matos, L., Ferro, M. G., Kent-Smith, L., Gomes, F., Irving, S. C., Alves, A. P., Carvalho, R. B., Teixeira, M. A., & Borges, N. (2020). Desenvolvimento de uma versão portuguesa do Nutritional Risk Screening – NRS 2002. *Acta Portuguesa de Nutrição*, *20*. <https://doi.org/10.21011/apn.2020.2008>
- Amaral, Teresa F., Matos, L. C., Tavares, M. M., Subtil, A., Martins, R., Nazaré, M., & Sousa Pereira, N. (2007). The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical Nutrition*, *26*(6), 778–784. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2007.08.002>
- Amaral, Teresa F., Matos, L. C., Teixeira, M. A., Tavares, M. M., Álvares, L., & Antunes, A. (2010). Undernutrition and associated factors among hospitalized patients. *Clinical Nutrition*, *29*(5), 580–585. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.02.004>
- Athari, F., Hillman, K. M., & Frost, S. A. (2019). The concept of frailty in intensive care. *Australian Critical Care*, *32*(2), 175–178. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.11.005>
- Badrasawi, M., Shahar, S., & Kaur Ajit Singh, D. (2017). Risk Factors of Frailty Among Multi-Ethnic Malaysian Older Adults. *International Journal of Gerontology*, *11*(3), 154–160. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.07.006>
- Bagshaw, S. M., Majumdar, S. R., Rolfson, D. B., Ibrahim, Q., McDermid, R. C., & Stelfox, H. T. (2016). A prospective multicenter cohort study of frailty in younger critically ill patients. *Critical Care*, *20*(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1338-x>

- Behrens, S., Kozeniecki, M., Knapp, N., & Martindale, R. G. (2021). Nutrition Support During Prone Positioning: An Old Technique Reawakened by COVID-19. *Nutrition in Clinical Practice*, 36(1), 105–109. <https://doi.org/10.1002/ncp.10592>
- Bendavid, I., Singer, P., Theilla, M., Themessl-Huber, M., Sulz, I., Mouhieddine, M., Schuh, C., Mora, B., & Hiesmayr, M. (2017). NutritionDay ICU: A 7 year worldwide prevalence study of nutrition practice in intensive care. *Clinical Nutrition*, 36(4), 1122–1129. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.012>
- Benner, P., Kyriadikis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions and Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2ª edição). Springer, cop.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice* (2nd ed.). Springer, cop.
- Bloomer, M. J., Clarke, A. B., & Morphet, J. (2018). Nurses' prioritization of enteral nutrition in intensive care units: a national survey. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 152–158. <https://doi.org/10.1111/nicc.12284>
- British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. (2016). “MUST” - Português. <https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself/must-portugues>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (Eds.). (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier Inc.
- Capra, F. (1982). *O Ponto de Mutação*. Cultrix.
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., de van der Schueren, M. A. E., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49–64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
- Cooper, A. S. (2018). Postpyloric Versus Gastric Tube Feeding for Preventing Pneumonia and Improving Nutritional Outcomes in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 38(6), 75–76. <https://doi.org/10.4037/ccn2018403>
- Cruz-Jentoft, A. J., Kiesswetter, E., Drey, M., & Sieber, C. C. (2017). Nutrition, frailty, and sarcopenia. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(1), 43–48.

<https://doi.org/10.1007/s40520-016-0709-0>

- De Biasio, J. C., Mittel, A. M., Mueller, A. L., Ferrante, L. E., Kim, D. H., & Shaefi, S. (2020). Frailty in Critical Care Medicine. *Anesthesia & Analgesia*, *130*(6), 1462–1473. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004665>
- Dent, E., Kowal, P., & Hoogendijk, E. O. (2016). Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European Journal of Internal Medicine*, *31*, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.007>
- Dent, E., Wright, O., Hoogendijk, E. O., & Hubbard, R. E. (2018). Nutritional screening and dietitian consultation rates in a geriatric evaluation and management unit. *Nutrition & Dietetics*, *75*(1), 11–16. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12391>
- Dewey, J. (1933). *How We Think: A Restatement of the Relation of Reflective Thinking to the Educative Process*. D.C. Heath & Co Publishers.
- DiMaria-Ghalili, R. A., & Nicolo, M. (2014). Nutrition and Hydration in Older Adults in Critical Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *26*(1), 31–45. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2013.10.006>
- Eide, H. D., Halvorsen, K., & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(5–6), 696–706. <https://doi.org/10.1111/jocn.12562>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objetivos e Competências do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2020). *Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações - Norma APA*.
- Extracorporeal Life Support Organization. (2021). *Definition of Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) and ECLS*. <https://www.elseo.org/Resources/WhatisECMO.aspx>
- Falvey, J. R., & Ferrante, L. E. (2019). Frailty assessment in the ICU: translation to ‘real-world’ clinical practice.’ *Anaesthesia*, *74*(6), 700–703. <https://doi.org/10.1111/anae.14617>
- Farsi, Z., Kamali, M., Butler, S., & Zareiyan, A. (2020). The Effect of Semirecumbent and Right Lateral Positions on the Gastric Residual Volume of Mechanically Ventilated, Critically Ill Patients. *Journal of Nursing Research*, *28*(4), e108. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000377>

- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). *Despacho n.º 6634/2018* (pp. 18713–18714). https://dre.pt/home/-/dre/115652170/details/2/maximized?print_preview=print-preview
- Geurden, B., Wouters, C., Franck, E., Weyler, J., & Ysebaert, D. (2014). Does Documentation in Nursing Records of Nutritional Screening on Admission to Hospital Reflect the Use of Evidence-Based Practice Guidelines for Malnutrition? *International Journal of Nursing Knowledge*, 1(25), 43–48.
- Griffin, A., O'Neill, A., O'Connor, M., Ryan, D., Tierney, A., & Galvin, R. (2020). The prevalence of malnutrition and impact on patient outcomes among older adults presenting at an Irish emergency department: a secondary analysis of the OPTI-MEND trial. *BMC Geriatrics*, 20(1), 455. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01852-w>
- Guerra, R. S., Sousa, A. S., Fonseca, I., Pichel, F., Restivo, M. T., Ferreira, S., & Amaral, T. F. (2016). Comparative analysis of undernutrition screening and diagnostic tools as predictors of hospitalisation costs. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 29(2), 165–173. <https://doi.org/10.1111/jhn.12288>
- Guerra, Rita S., Fonseca, I., Sousa, A. S., Jesus, A., Pichel, F., & Amaral, T. F. (2017). ESPEN diagnostic criteria for malnutrition – A validation study in hospitalized patients. *Clinical Nutrition*, 36(5), 1326–1332. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.08.022>
- Haber, C. (1986). Geriatrics: a specialty in search of specialists. In *Old Age in a Bureaucratic Society: The Elderly, the Experts, and the State in American History* (pp. 66–84). Greenwood Press.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. Macmillan.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: - Definições e Classificação (11ª)*. Artmed.
- Hesbeen, W. (2000). *CUIDAR NO HOSPITAL: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hogan, D. B. (2006). Nascher and frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(4), 715–715. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00668_4.x
- Hogan, D. B. (2018). Models, Definitions, and Criteria for Frailty. In *Conn's Handbook*

- of Models for Human Aging* (pp. 35–44). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811353-0.00003-8>
- Hogan, D. B., MacKnight, C., & Bergman, H. (2003). Models, Definitions, and Criteria for Frailty. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(Suppl. 3), 3–29. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811353-0.00003-8>
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365–1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
- Kalaldeh, M. Al, & Shahein, M. (2014). Nurses' Knowledge and Responsibility toward Nutritional Assessment for Patients in Intensive Care Units. *Journal of Health Sciences*, 4(2), 90–96. <https://doi.org/10.17532/jhsci.2014.168>
- Kalaldeh, M. Al, Watson, R., & Hayter, M. (2014). Jordanian intensive care nurses' perspectives on evidence-based practice in nutritional care. *British Journal of Nursing*, 23(19), 1023–1029. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.19.1023>
- Kalaldeh, M. Al, Watson, R., & Hayter, M. (2015). Jordanian nurses' knowledge and responsibility for enteral nutrition in the critically ill. *Nursing in Critical Care*, 20(5), 229–241. <https://doi.org/10.1111/nicc.12065>
- Kim, H., Stotts, N. A., Froelicher, E. S., Engler, M. M., & Porter, C. (2012). Why patients in critical care do not receive adequate enteral nutrition? A review of the literature. *Journal of Critical Care*, 27(6), 702–713. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.07.019>
- Kitson, A. (1999a). The essence of nursing. *Nursing Standard*, 13(23), 42–46. <https://doi.org/10.7748/ns1999.02.13.23.42.c7482>
- Kitson, A. (1999b). The essence of nursing: part II. *Nursing Standard*, 13(24), 34–36. <https://doi.org/10.7748/ns.13.24.34.s61>
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). SCHOLARLY PAPER: Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 423–434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Kitson, A. L., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and*

redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. School of Nursing, the University of Adelaide. <https://ilccare.org/wp-content/uploads/Reclaiming-and-redefining-the-fundamentals-of-care-3.pdf>

Kitson, A. L., Muntlin Athlin, Å., & Conroy, T. (2014). Anything but Basic: Nursing's Challenge in Meeting Patients' Fundamental Care Needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 331–339. <https://doi.org/10.1111/jnu.12081>

Lambell, K. J., Tatuco-Babet, O. A., Chapple, L., Gantner, D., & Ridley, E. J. (2020). Nutrition therapy in critical illness: a review of the literature for clinicians. *Critical Care*, 24(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2739-4>

Lee, Z.-Y., & Heyland, D. K. (2019). Determination of Nutrition Risk and Status in Critically Ill Patients: What Are Our Considerations? *Nutrition in Clinical Practice*, 34(1), 96–111. <https://doi.org/10.1002/ncp.10214>

Lim, S. H., Ang, S. Y., Abu Bakar Aloweni, F. B., & Østbye, T. (2019). An integrative review on screening for frailty in acute care: Accuracy, barriers to implementation and adoption strategies. *Geriatric Nursing*, 40(6), 603–613. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.06.005>

Marinho, A., Lopes, A., Sousa, G., Antunes, H., Fonseca, J., Mendes, L., de Carvalho, M., Veríssimo, M. T., Carvalho, N., Alves, P., & Alves, P. (2019). A Malnutrição Associada à Doença e as suas Repercussões em Portugal. *Medicina Interna - Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 26(1), 60–66. <https://doi.org/10.24950/rspmirevisao/91/1/2019>

Maxwell, C. A., & Wang, J. (2017). Understanding Frailty. *Nursing Clinics of North America*, 52(3), 349–361. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.003>

McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., & Compher, C. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T. E., Porock, D., van Lieshout, F., & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development*

Journal, Supplement(1). <http://www.fons.org/library/journal.aspx>

- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McDermid, R. C., Stelfox, H. T., & Bagshaw, S. M. (2011). Frailty in the critically ill: a novel concept. *Critical Care*, 15(1), 301. <https://doi.org/10.1186/cc9297>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, Diário da República, 1.ª série — N.º 157 4147 (2018). <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (Eds.). (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (6th ed.). Elsevier Inc.
- Morphet, J., Clarke, A. B., & Bloomer, M. J. (2016). Intensive care nurses' knowledge of enteral nutrition: A descriptive questionnaire. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.07.001>
- Mudd, A., Feo, R., Conroy, T., & Kitson, A. (2020). Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. *Journal of Clinical Nursing*, jocn.15420. <https://doi.org/10.1111/jocn.15420>
- Muscedere, J., Waters, B., Varambally, A., Bagshaw, S. M., Boyd, J. G., Maslove, D., Sibley, S., & Rockwood, K. (2017). The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 43(8), 1105–1122. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4867-0>
- Nachvak, M., Hedayati, S., Hejazi, N., Motamedi Motlagh, A., Shafizade, A., & Shojaee, M. (2018). Nutritional assessment in ICU patients with enteral feeding in Amol hospitals. *Razi Journal of Medical Sciences*, 24(163), 92–104. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-4882-en.html>
- National Library of Medicine. (2022). *Medical Subject Headings 2022*. <https://meshb-prev.nlm.nih.gov/search>
- Norman, K., Pichard, C., Lochs, H., & Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 27(1), 5–15. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2007.10.007>
- Norris, P. C., Skulas-Ray, A. C., Riley, I., Richter, C. K., Kris-Etherton, P. M., Jensen, G. L., Serhan, C. N., & Maddipati, K. R. (2018). Identification of specialized pro-

resolving mediator clusters from healthy adults after intravenous low-dose endotoxin and omega-3 supplementation: a methodological validation. *Scientific Reports*, 8(1), 18050. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36679-4>

OMS. (2020). *Origin of SARS-CoV-2*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332197>

OMS. (2021). *WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>

Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, N.º 135 2.ª Série 19359 (2018). <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, N.º 26 Diário da República, 2ª série 4744 (2019). <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Orinovsky, I., & Raizman, E. (2018). Improvement of Nutritional Intake in Intensive Care Unit Patients via a Nurse-Led Enteral Nutrition Feeding Protocol. *Critical Care Nurse*, 38(3), 38–44. <https://doi.org/10.4037/ccn2018433>

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>

Paul, J. A., Whittington, R. A., & Baldwin, M. R. (2020). Critical Illness and the Frailty Syndrome: Mechanisms and Potential Therapeutic Targets. *Anesthesia & Analgesia*, 130(6), 1545–1555. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004792>

Pedro, V. (2019). *Avaliação do Estado Nutricional do Doente Crítico Internado na Unidade de Cuidados Intensivos* [Instituto Politécnico de Leiria]. [https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4715/1/Dissertação Mestrado em Enfermagem PSC_vera pedro.pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4715/1/Dissertação%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20PSC_vera%20pedro.pdf)

Pereira Pinto, M., Martins, S., Mesquita, E., & Fernandes, L. (2021). European Portuguese Version of the Clinical Frailty Scale: Translation, Cultural Adaptation and Validation Study. *Acta Médica Portuguesa*, 34(13). <https://doi.org/10.20344/amp.14543>

Perrin, K. O., & MacLeod, C. E. (2018). Understanding the Essentials of Critical Care

- Nursing. In *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)* (Third, Vol. 13, Issue 48). Pearson Education, Inc.
- Porto Editora. (2021). “reflexão.” Infopedia. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/reflexão>
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Rastreio Nutricional - Documento de apoio à Implementação da Avaliação Do Risco Nutricional 2019* (Direção-Geral da Saúde (Ed.)).
- Pugh, R. J., Ellison, A., Pye, K., Subbe, C. P., Thorpe, C. M., Lone, N. I., & Clegg, A. (2018). Feasibility and reliability of frailty assessment in the critically ill: a systematic review. *Critical Care*, 22(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-1953-9>
- Raupp, D., Silva, F. M., Marcadenti, A., Rabito, E. I., da Silva Fink, J., Becher, P., & Gottschall, C. (2018). Nutrition screening in public hospital emergency rooms: Malnutrition Universal Screening Tool and Nutritional Risk Screening-2002 can be applied. *Public Health*, 165, 6–8. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.07.005>
- Rego, M. Â., & Morais, G. (2003). Os dados antropométricos na avaliação do estado nutricional. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 18–21. <https://www.apn.org.pt/documentos/revistas/Doc3.pdf>
- Rodriguez-Mañas, L., & Fried, L. P. (2015). Frailty in the clinical scenario. *The Lancet*, 385(9968), e7–e9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61595-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61595-6)
- Samadi, M., Zeinali, F., Habibi, N., & Ghotbodini-Mohammadi, S. (2016). Intake of dietary supplements and malnutrition in patients in intensive care unit. *International Journal of Preventive Medicine*, 7(1), 90. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.186224>
- Santos, M. (2015). Estudo ANUCI - Dados preliminares. *Revista APNEP*, 9(1), 3. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15539/1/APNEP2015-Revista-VolumelX.pdf>
- Sebastião, R. F. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC): Eficácia de um Programa* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18103/1/Tese Rosária Sebastião.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18103/1/Tese%20Ros%C3%A1ria%20Sebasti%C3%A3o.pdf)
- Singer, P. (2019). Preserving the quality of life: nutrition in the ICU. *Critical Care*,

23(S1), 139. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2415-8>

- 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>
- Sorensen, J., Kondrup, J., Prokopowicz, J., Schiesser, M., Krähenbühl, L., Meier, R., & Liberda, M. (2008). EuroOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clinical Nutrition*, *27*(3), 340–349. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.03.012>
- Studley, H. O. (1936). Percentage of weight loss: a basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. 1936. *Nutricion Hospitalaria*, *16*(4), 141–143; discussion 140-1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11680474>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, *45*(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Thane, P. (1993). Geriatrics. In W. F. Bynum & R. Porter (Eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (pp. 1092–1115). Routledge.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2012). *Principles of Epidemiology in Public Health Practice* (3rd ed.).
- Vivanti, A., Isenring, E., Baumann, S., Powrie, D., O'Neill, M., Clark, D., Courtice, S., Campbell, K., & Ferguson, M. (2015). Emergency department malnutrition screening and support model improves outcomes in a pilot randomised controlled trial. *Emergency Medicine Journal*, *32*(3), 180–183. <https://doi.org/10.1136/emered-2013-202965>
- Wang, C.-Y., Fu, P.-K., Huang, C.-T., Chen, C.-H., Lee, B.-J., & Huang, Y.-C. (2018). Targeted Energy Intake Is the Important Determinant of Clinical Outcomes in Medical Critically Ill Patients with High Nutrition Risk. *Nutrients*, *10*(11), 1731. <https://doi.org/10.3390/nu10111731>

APÊNDICES

APÊNDICE I – OBJETIVOS E ATIVIDADES

OBJETIVO GERAL:

Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, nomeadamente no âmbito da TN como meio para controlo do seu grau de fragilidade.

Objetivo específico 1:

Desenvolver uma prática especializada de enfermagem à PSC, baseada na evidência científica atual.

Atividades a desenvolver:

- Consultar e analisar as *guidelines* mais recentes relativas à TN;
- Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a influência da TN no controlo da fragilidade da PSC;
- Participar ativamente na prestação de cuidados às PSC internadas nos contextos de estágio com base na evidência científica mais recente sobre a TN;
- Assistir a conferências, *webinars*, formações ou outro tipo de exposições que sejam relevantes para a temática da TN na PSC.

Objetivo específico 2:

Desenvolver uma prática especializada de enfermagem à PSC suportada na teoria FOC de Kitson e colaboradores.

Atividades a desenvolver:

- Participar ativamente nos cuidados à PSC no seio da equipa multiprofissional de saúde dos diferentes contextos clínicos, nomeadamente na TN como meio de controlo do seu grau de fragilidade;
- Elaborar Jornais de Aprendizagem sobre situações significativas que reflitam uma perspetiva especializada sobre os cuidados de enfermagem prestados ou observados nos contextos de estágio à luz da teoria FOC ou de outros autores, promotores do desenvolvimento de competências especializadas, que considere adequados no desenvolvimento da reflexão.

Objetivo específico 3:

Promover o controlo da fragilidade da PSC através de intervenções especializadas de enfermagem, nomeadamente no âmbito da TN.

Atividades a desenvolver:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem às PSC internadas nos contextos de estágio com base na evidência científica mais recente sobre a TN;
- Procurar aferir a influência da TN sobre o risco nutricional da PSC e o seu grau de fragilidade através de:
 - Avaliação do grau de fragilidade da PSC através da CFS;
 - Avaliação do risco nutricional da PSC através da NRS-2002;
 - Realização de um estudo de caso sustentado na teoria FOC de Kitson e colaboradores, integrando as avaliações acima descritas no plano de cuidados de enfermagem.

Objetivo específico 4:

Compreender a praxis das equipas multidisciplinares dos locais de estágio relativamente à priorização e intervenção na TN da PSC, comparativamente às *guidelines* mais recentes;

Atividades a desenvolver:

- Integrar as equipas de enfermagem e equipa multidisciplinar;
- Observar as práticas dos enfermeiros nos campos de estágio;
- Refletir sobre as observações, práticas, interações, nos campos de estágio, à luz de uma prática especializada de enfermagem, relacionadas as percepções dos enfermeiros acerca da TN e o impacto que esta tem no controlo da fragilidade da PSC.

Objetivo específico 5:

Promover uma prática baseada na evidência no âmbito da TN junto de pares e restantes membros da equipa multidisciplinar.

Atividades a desenvolver:

- Refletir sobre as observações, práticas, interações, nos campos de estágio, à luz de uma prática especializada de enfermagem, relacionadas com as percepções dos enfermeiros acerca da TN e o impacto que esta tem no controlo da fragilidade da PSC;

- Auscultar os enfermeiros dos campos de estágio sobre necessidades que identifiquem no âmbito a TN e a sua influência sobre o controlo da fragilidade da PSC, através de conversas informais e reflexão sobre as mesmas;
- Construir um portefólio científico focado na TN, nomeadamente nas recomendações presentes nas *guidelines* internacionais e na evidência científica que suporte o potencial da TN no controlo da fragilidade da PSC, para consulta dos enfermeiros no contexto de estágio em serviço de urgência;
- Contribuir para a elaboração de um protocolo sobre a TN na PSC em contexto de unidade de cuidados intensivos, em colaboração com outros elementos da equipa multidisciplinar, com base nas recomendações presentes nas *guidelines* internacionais e em estudos obtidos através da pesquisa em bases de dados científicas.

Apêndice II – Portefólio Científico – Terapia Nutricional no Serviço de Urgência



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

**PORTEFÓLIO CIENTÍFICO
Terapia Nutricional no Serviço de Urgência**

Raquel Alexandra Rodrigues Roxo Viola

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

**PORTEFÓLIO CIENTÍFICO
Terapia Nutricional no Serviço de Urgência**

Raquel Alexandra Rodrigues Roxo Viola



Orientador: Maria Teresa Sarreira Leal
Coorientador: Teresa Sofia Cardoso Pessoa



**Lisboa
2021**

ÍNDICE

REVISÃO DE LITERATURA	7
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA TERAPIA NUTRICIONAL	8
<i>European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)</i>	9
<i>American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN)</i>	11
TERAPIA NUTRICIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	13
LEGISLAÇÃO E ORIENTAÇÕES	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
ANEXOS	19
ANEXO I: <i>ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit</i>	21
ANEXO II: <i>Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)</i>	23
ANEXO III: Despacho nº 6634/2018	25
ANEXO IV: Rastreo Nutricional – Documento de apoio à implementação da Avaliação do Risco Nutricional	27

REVISÃO DE LITERATURA

A **terapia nutricional (TN)** consiste na seleção e administração de nutrientes, vitaminas e outros elementos de forma individualizada, conforme a avaliação nutricional de cada pessoa, recorrendo à via de administração mais adequada por forma a atender às suas necessidades nutricionais específicas, já presentes previamente ao internamento (p.ex., obesidade, perda ponderal, etc.) ou que surgem na sequência do motivo do internamento (p.ex., doente queimado, politraumatizado, com sepsis, etc.) (Cederholm et al., 2017; McClave et al., 2016).

Apesar de o fator com maior peso na determinação dos resultados da pessoa em situação crítica (PSC) ser a gravidade da doença, o seu estado nutricional prévio e o ajuste da suplementação nutricional em contexto de internamento também influenciam esses resultados (Perrin & MacLeod, 2018).

Tal como referem McClave et al. (2016), a doença crítica está associada a um estado de stress catabólico que se manifesta por uma resposta inflamatória que, quando mal gerida, pode conduzir a cenários mais graves como a infeção, disfunção multiorgânica, tempos de internamento prolongados e morbi-mortalidade acrescida.

Perrin e MacLeod (2018) e McClave et al. (2016) realçam alguns dos **benefícios que a TN pode trazer para a PSC**, como a **minimização da resposta catabólica à lesão e a modulação da resposta imunitária**, que previnem complicações como **lesões celulares oxidativas e podem diminuir o tempo e os custos do internamento**.

Assim sendo, os resultados indesejáveis na PSC durante o seu percurso de doença podem ser minimizados através da TN (McClave et al., 2016), **otimizando o sucesso no seu processo de reabilitação a longo prazo** (Singer, 2019).

No entanto, apesar da emissão de *guidelines* atualizadas e da evidência científica disponível, os dados mais atuais demonstram que o estado nutricional da PSC tem tendência a piorar ao longo do seu internamento, sendo prevalente a desnutrição nesta população (Bendavid et al., 2017; Nachvak et al., 2018; Osooli et al., 2019; Samadi et al., 2016).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA TERAPIA NUTRICIONAL

Neste capítulo deixo alguns pontos presentes nos documentos: *ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit* (Singer et al., 2019); e *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)* (McClave et al., 2016).

Ambas as *guidelines* têm pontos em comum e outros complementares. Estes pontos contêm algumas considerações que se traduzem em diversas intervenções de enfermagem e atitudes terapêuticas, quer no âmbito da vigilância e avaliação da PSC, quer na manutenção da via de alimentação, seja ela entérica ou parentérica.

Essas intervenções irão contribuir, direta ou indiretamente, para a eficácia e eficiência da TN na PSC.

Para uma consulta mais aprofundada e consoante as necessidades de esclarecimento identificadas, ambos os documentos ficam disponíveis em Anexo I.

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)

1. Deve ser realizada uma **avaliação do estado nutricional** com recurso a uma ferramenta validada e devendo incluir uma anamnese:
 - a. Perda ponderal não intencional;
 - b. Exame físico;
 - c. Avaliação geral da composição corporal, massa muscular e força, se possível;
2. Dieta **per os (PO)**, se via oral mantida, é recomendada;
3. No caso de ausência de via oral, deve ser iniciada alimentação entérica (AE) e não protelada, nem substituída por alimentação parentérica (AP);
4. Se via oral ou AE contraindicadas, deve ser iniciada AP entre o 3º e 7º dias após início da doença crítica;
5. O método ideal para o cálculo das necessidades nutricionais e energéticas é a **calorimetria indireta (CI)**;
6. TN total na fase inicial da doença crítica deve ser evitada para prevenir a **sobrealimentação**, devendo o seu aporte ser aumentado progressivamente ao longo de 3-7 dias;
7. Recomendada administração de **AE em modo contínuo**, ao invés de por bólus, pelo risco de aspiração aumentado em caso de intolerância;
8. Para aporte de AE, a via gástrica é abordagem *standard*;
9. Em caso de um **risco muito elevado de aspiração**, a via **pós-pilórica** pode ser utilizada;
10. Em caso de intolerância gástrica, o procinético de 1ª linha recomendado é a **Eritromicina EV**, podendo ser usada **Metoclopramida** em alternativa, ou uma combinação de ambas;
11. A AE deve ser **protelada** apenas nas seguintes situações:
 - a. Choque incontrolado e perfusão tecidual insuficiente;
 - b. Hipoxemia incontrolada, hipercapnia ou acidose (pode ser iniciada em caso de hipercapnia ou acidose permissivas);
 - c. Hemorragia gastrointestinal superior ativa;
 - d. Isquemia intestinal;
 - e. Fístula intestinal se não for possível aceder ao segmento distal (pós-fístula);
 - f. Síndrome compartimental abdominal;
 - g. Conteúdo gástrico > 500mL por 6h ou mais;

12. A AE deve ser **administrada em doses baixas** nas seguintes situações:

- a. Hipotermia terapêutica, podendo ser aumentado o ritmo da AE conforme se reaquece a pessoa;
- b. Hipertensão intra-abdominal sem síndrome compartimental abdominal, sendo que deve ser suspensa se se verificar um aumento da tensão;
- c. Doença hepática aguda controlada, independentemente do grau de encefalopatia;

13. A AE deve ser iniciada **precocemente (24-48h após admissão)** nas seguintes situações:

- a. ELS/ECMO;
- b. Lesão cerebral traumática;
- c. AVC isquémico ou hemorrágico;
- d. Pancreatite aguda severa;
- e. Após cirurgia gastrointestinal;
- f. Após cirurgia da aorta abdominal;
- g. Trauma abdominal (mesmo abdómen aberto) se se verificar integridade do trato gastrointestinal;
- h. Em situações de sedação com bloqueio neuromuscular/curarização;
- i. Decúbito ventral;
- j. Independentemente da presença de sons peristálticos, a não ser na presença ou suspeita de isquemia ou obstrução intestinal;

14. Deve ser realizada avaliação da **glicemia capilar de 4/4 horas** nos primeiros 2 dias de admissão da PSC;

15. A **correção insulínica** deve ser realizada de glicemia capilar > **180mg/dL**.

Guideline integral em Anexo I.

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN)

1. Avaliação nutricional:

- a. Deve ser determinado o risco nutricional a todas as PSC;
- b. Quanto maior o risco nutricional, maiores serão os benefícios da TN;
- c. Deve incluir as comorbilidades da PSC, a sua função gastrointestinal e o risco de aspiração;
- d. Uso recomendado de CI para avaliação das necessidades nutricionais;
- e. Na ausência de CI, são usadas equações preditivas ou com base no peso;

2. Início da AE:

- a. **Não deve ser iniciada até haver estabilidade hemodinâmica;**
- b. **AE precoce nas primeiras 24-48h da admissão da PSC**, se ausência de via oral ou vontade para alimentação PO;
- c. Recomenda-se o uso de AE em vez de AP;
- d. **Não é necessária a presença de sons peristálticos para iniciar AE;**
- e. Iniciar a AE via gástrica;
- f. Em caso de **elevado risco de aspiração** ou na presença de **intolerância à AE**, recomenda-se a sua administração em local mais inferior do trato gastrointestinal (p.e. pós-pilórico);

3. Dose de AE:

- a. Na PSC com **elevado risco nutricional** ou **severamente desnutrida**, deve ser promovida a **AE total assim que possível**, com progressão do aporte energético e nutricional nas primeiras 72h de admissão, procurando alcançar > 80% das necessidades energéticas e nutricionais na primeira semana após admissão, por forma a alcançar-se o benefício clínico da TN;
- b. Recomendam-se **doses elevadas de proteína 1,2-2g/kg peso real/dia**; deve ser superior em grandes queimados ou politraumas;

4. Monitorização da tolerância à AE:

- a. Deve ser **diária**;
- b. **A suspensão da AE deve ser evitada**;
- c. **Não se recomenda a avaliação do volume gástrico residual por rotina** para monitorização da tolerância à AE;
- d. **Vigiar sinais de intolerância**:

- i. **Vômito**;
 - ii. **Distensão abdominal**;
 - iii. **Queixas / desconforto**;
 - iv. **Diarreia** (devido sempre apurar se não existam outras causas para a sua ocorrência para além da AE);
 - v. **Diminuição da flatulência e das dejeções**;
 - vi. **Radiografias abdominais com alterações**;
 - vii. Em último caso, **resíduos gástricos com volume > 500mL por mais de 6h**;
- a. Sugere-se a implementação de protocolos de AE para promover o aumento do aporte nutricional e energético adequados.

Guideline integral em Anexo II.

TERAPIA NUTRICIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A TN no Serviço de Urgência (SU) é uma problemática pouco falada e ainda menos trabalhada. Sendo o SU um contexto de cuidados extremamente dinâmico, com uma elevada rotatividade de pessoas e, muitas vezes, uma afluência desmesurada, a TN ocupa uma posição de baixa prioridade na prestação de cuidados.

No entanto, a TN no SU pode ser difícil, mas não impossível. Através de uma revisão de literatura foi possível aferir que apesar do SU ser a **principal porta de entrada das pessoas no meio hospitalar** e um contexto extremamente dinâmico, é, por vezes, um local de **permanência prolongada**, principalmente para as pessoas que aguardam vaga de internamento.

O primeiro passo da TN é a **avaliação do risco nutricional** e é amplamente defendido que este risco deve ser avaliado nas primeiras 24-48h após a admissão hospitalar. Atendendo à permanência prolongada das pessoas que aguardam internamento no SU, a **bibliografia consultada defende que esta avaliação do risco nutricional pode e deve ser realizada neste contexto**.

A intervenção nutricional que se deve ter com base na avaliação do risco nutricional é um passo extremamente difícil de dar no SU. No entanto, esta avaliação permite a sinalização das pessoas em risco nutricional elevado, criando o precedente para que a TN seja agilizada num futuro próximo.

Deixo na tabela seguinte assinalados alguns artigos que suportam a avaliação do risco nutricional no SU:

Título do artigo / Autor(es) / Ano de publicação
Does Documentation in Nursing Records of Nutritional Screening on Admission to Hospital Reflect the Use of Evidence-Based Practice Guidelines for Malnutrition? / Geurden et al. (2014)
Emergency department malnutrition screening and support model improves outcomes in a pilot randomized controlled trial / Vivanti et al. (2015)
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 / Rabito et al. (2017)
Risk Factors for Malnutrition among Older Adults in the Emergency Department: A Multicenter Study / Burks et al. (2017)
Nutrition screening in public hospital emergency rooms: Malnutrition Universal Screening Tool and Nutritional Risk Screening—2002 can be applied / Raupp et al. (2018)
The prevalence of malnutrition and impact on patient outcomes among older adults presenting at an Irish emergency department: a secondary analysis of the OPTI-MEND trial / Griffin et al. (2020)

Tabela 1 – Artigos que suportam a avaliação do risco nutricional no SU

LEGISLAÇÃO E ORIENTAÇÕES

A pertinência da abordagem da TN no SU, atendendo ao tempo de permanência prolongado das pessoas neste contexto, prende-se não só com a evidência científica, mas também com questões e imposições legais.

Com a disseminação da problemática da desnutrição em meio hospitalar, surgiu o **Despacho n.º 6634/2018** (Anexo III) que determina a implementação de estratégias nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde para a determinação do risco nutricional das pessoas que permaneçam internadas por um período superior a 24h, identificando as ferramentas de avaliação necessárias para o efeito, os meios materiais necessários, entre outros aspetos.

Neste contexto, em 2019 surge o documento orientador da Direção-Geral da Saúde (2019): **Rastreamento Nutricional - Documento de apoio à implementação da Avaliação do Risco Nutricional** (Anexo IV).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bendauid, I., Singer, P., Theilla, M., Themessl-Huber, M., Sulz, I., Mouhieddine, M., Schuh, C., Mora, B., & Hiesmayr, M. (2017). NutritionDay ICU: A 7 year worldwide prevalence study of nutrition practice in intensive care. *Clinical Nutrition*, 36(4), 1122–1129. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.012>
- Burks, C. E., Jones, C. W., Braz, V. A., Swor, R. A., Richmond, N. L., Hwang, K. S., Hollowell, A. G., Weaver, M. A., & Platts-Mills, T. F. (2017). Risk Factors for Malnutrition among Older Adults in the Emergency Department: A Multicenter Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), 1741–1747. <https://doi.org/10.1111/jgs.14862>
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Balmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Piflich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., de van der Schueren, M. A. E., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49–64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Rastreio Nutricional – Documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional*.
- Despacho n.º 6634/2018, 18713 (2018) (testimony of Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde). https://dre.pt/home/-/dre/115652170/details/2/maximized?print_preview=print-preview
- Geurden, B., Wouters, C., Franck, E., Weyler, J., & Ysebaert, D. (2014). Does Documentation in Nursing Records of Nutritional Screening on Admission to Hospital Reflect the Use of Evidence-Based Practice Guidelines for Malnutrition? *International Journal of Nursing Knowledge*, 1(25), 43–48.
- Griffin, A., O'Neill, A., O'Connor, M., Ryan, D., Tierney, A., & Galvin, R. (2020). The prevalence of malnutrition and impact on patient outcomes among older adults presenting at an Irish emergency department: a secondary analysis of the OPTI-MEND trial. *BMC Geriatrics*, 20(1), 455. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01852-w>
- McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., & Compher, C. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>
- Nachvak, M., Hedayati, S., Hejazi, N., Motamedi Motlagh, A., Shafzade, A., & Shojaei, M. (2018). Nutritional assessment in ICU patients with enteral feeding in Amol hospitals. *Razi Journal of Medical Sciences*, 24(163), 92–104. <http://rjms.iuims.ac.ir/article-1-4882-en.html>
- 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>
- Perrin, K. O., & MacLeod, C. E. (2018). Understanding the Essentials of Critical Care Nursing. In *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)* (Third, Vol. 13, Issue 48). Pearson Education, Inc.
- 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>
- Raup, D., Silva, F. M., Marcadenti, A., Rabito, E. I., da Silva Fink, J., Becher, P., & Gottschall, C. (2018). Nutrition screening in public hospital emergency rooms: Malnutrition Universal Screening Tool and Nutritional Risk Screening-2002 can be applied. *Public Health*, 165, 6–8. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.07.005>
- Samadi, M., Zeinali, F., Habibi, N., & Ghotbodin-Mohammadi, S. (2016). Intake of dietary supplements and malnutrition in patients in intensive care unit. *International Journal of Preventive Medicine*, 7(1), 90. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.186224>
- Singer, P. (2019). Preserving the quality of life: nutrition in the ICU. *Critical Care*, 23(S1), 139. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2415-8>
- 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>
- Vivanti, A., Isenring, E., Baumann, S., Powrie, D., O'Neill, M., Clark, D., Courtice, S., Campbell, K., & Ferguson, M. (2015). Emergency department malnutrition screening and support model improves outcomes in a pilot randomised controlled

trial. *Emergency Medicine Journal*, 32(3), 180–183.

<https://doi.org/10.1136/emmermed-2013-202965>

Apêndice III – Proposta de Protocolo de atuação – Terapia Nutricional na Pessoa em Situação crítica



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

**Proposta de Protocolo de atuação
Terapia Nutricional na Pessoa em Situação Crítica**

Raquel Viola



Orientador: M^a Teresa Leal
Coorientador: Teresa Pessoa



**Lisboa
2021**

INTRODUÇÃO

A Terapia Nutricional (TN) consiste na seleção e administração de nutrientes, vitaminas e outros elementos de forma individualizada, que vai de encontro à avaliação nutricional de cada pessoa, e compreende a seleção da via de administração mais adequada (Cederholm et al., 2017; McClave et al., 2016).

A doença crítica origina um estado de stress catabólico que se manifesta por uma resposta inflamatória generalizada que pode conduzir a cenários graves como a infecção, disfunção multi-orgânica, tempos de internamento prolongados e morbimortalidade acrescida (McClave et al., 2016). A TN surge neste contexto como atenuante da resposta metabólica a este stress, prevenindo as lesões celulares oxidativas e modulando a resposta imunitária da pessoa em situação crítica (PSC).

No entanto, a evidência científica demonstra que o estado nutricional da PSC tem tendência a piorar ao longo do seu internamento, sendo, por isso, prevalente a malnutrição entre doentes internados em UCI (Bendavid et al., 2017; Nachvak et al., 2018; Osooli et al., 2019; Samadi et al., 2016)

Deste modo, os resultados indesejáveis na PSC durante o seu percurso de doença podem ser minimizados através da TN (McClave et al., 2016), otimizando o sucesso no seu processo de reabilitação a longo prazo (Singer, 2019).

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ATUAÇÃO

Avaliação da desnutrição

1. Realizar colheita de dados:
 - a. Comorbilidades;
 - b. Função gastrointestinal habitual;
 - c. História de perda de peso não intencional;
 - d. Dados antropométricos: peso e altura;
 - e. Grau de força (recorrer à escala de avaliação de força muscular do *Medical Research Council* – Anexo I)
2. Avaliar o risco nutricional (recorrer à escala *Nutrition Risk Screening 2002* [NRS-2002] – Anexo II);
3. Referenciar para dietista da UCI para a realização de um diagnóstico e implementação de um plano nutricional em conjunto com a equipa multidisciplinar;
4. Determinar as necessidades nutricionais:
 - a. Recomendada utilização de Calorimetria Indireta (CI);
 - b. Na ausência de CI, recorrer a equações preditivas das necessidades nutricionais:
 - i. Energia / Calorias: 25-30 kcal/kg/dia
 - ii. Proteínas: 1.2-2 g/kg/dia
 - c. Em situações de obesidade recomenda-se uma redução no aporte nutricional:
 - i. Índice de massa corporal (IMC) 30-50:
 1. Energia / Calorias: 11-14 kcal/kg/dia;
 2. Proteínas: 2g/kg/dia;
 - ii. IMC > 50:
 1. Energia / Calorias: 22-25 kcal/kg/dia;
 2. Proteínas: 2.5g/kg/dia;
5. Recomenda-se o aporte de um mínimo de 800 kcal para otimização dos resultados para a PSC (Wang et al., 2018).

Início e manutenção da TN

1. Iniciar a TN nas primeiras 24-48h após admissão, se possível:
 - a. A TN não deve ser iniciada até haver estabilidade hemodinâmica;

2. Recomenda-se dieta via oral, se possível;
3. No caso de ausência de via oral, deve ser iniciada alimentação entérica (AE) e não protelada, nem substituída por nutrição parentérica (NP);
4. Não é necessária a presença de sons peristálticos para iniciar AE;
5. Para aporte de AE, a via gástrica é abordagem *standard*;
6. A administração de AE deve ser realizada em modo contínuo, em vez de intermitente, pelo risco de aspiração aumentado em caso de intolerância;
7. Evitar administrar AE para alcançar a totalidade das necessidades nutricionais determinadas nos primeiros 2 dias de admissão para evitar a sobrealimentação e, conseqüentemente, a Síndrome de Realimentação;
8. A progressão do aporte nutricional deve garantir o alcance de 70-80% das necessidades energéticas e nutricionais entre o 3º e 7º dias de admissão para alcançar-se o benefício clínico da TN (recorrer a tabela em Anexo III – Ritmo da AE *standard* isocalórica [até avaliação nutricional por parte da dietista]);
9. Devem ser evitadas interrupções desnecessárias na AE.

Gestão do risco de aspiração

1. Avaliar risco de aspiração (recorrer à Escala de Guss – Anexo IV);
2. Promover os posicionamentos com cabeceira elevada, pelo menos a 30º;
3. Avaliar o correto posicionamento da sonda de alimentação;
4. Garantir a manutenção do trânsito intestinal;

Avaliação da intolerância gástrica

1. Avaliar sinais de intolerância gástrica de 4/4h, ou sempre que necessário:
 - a. Vômito;
 - b. Distensão abdominal;
 - c. Queixas / desconforto;
 - d. Diarreia (devendo sempre apurar se não existam outras causas para a sua ocorrência para além da AE);
 - e. Diminuição da flatulência e das dejeções;
 - f. Radiografias abdominais com alterações;
2. Evitar a utilização do volume residual gástrico (VRG) como meio para avaliação da tolerância gástrica:
 - a. Em último caso, resíduos gástricos com volume > 500mL por um período > 6h:

- i. Dar preferência a posicionamento em Fowler com cabeceira a 45° ou em decúbito lateral direito, se possível, por promoverem um esvaziamento gástrico mais acelerado (Farsi et al., 2020);
3. Ponderar necessidade de início de terapêutica procinética;
4. Considerar possibilidade de administração de AE numa porção inferior do trato gastrointestinal (pós-pilórica) (Cooper, 2018);
5. Realizar controlo glicémico e correção insulínica conforme protocolo instituído na UCI/UCIP.

Nutrição Parentérica

- Recomenda-se o início precoce de NP nas situações em que a AE seja impossível:
 - Em caso de risco nutricional reduzido, não existe indicação para ser iniciada NP nos primeiros 7 dias de admissão na UCI.

Indicações e Contraindicações absolutas e relativas:

- A AE deve ser protelada apenas nas seguintes situações:
 - Choque incontrolado e perfusão tecidual insuficiente;
 - Hipoxemia incontrolada, hipercapnia ou acidose (pode ser iniciada em caso de hipercapnia ou acidose permissivas);
 - Hemorragia gastrointestinal superior ativa;
 - Isquemia intestinal;
 - Fístula intestinal se não for possível aceder ao segmento distal (pós-fístula);
 - Síndrome compartimental abdominal;
 - Conteúdo gástrico > 500mL por 6h ou mais;
- A AE deve ser administrada em doses baixas nas seguintes situações:
 - Hipotermia terapêutica, podendo ser aumentado o ritmo da AE conforme se reaquece a pessoa;
 - Hipertensão intra-abdominal sem síndrome compartimental abdominal, sendo que deve ser suspensa se se verificar um aumento da tensão;
 - Doença hepática aguda controlada, independentemente do grau de encefalopatia;

- A AE deve ser iniciada precocemente (24-48h após admissão) nas seguintes situações:
 - Lesão cerebral traumática;
 - AVC isquémico ou hemorrágico;
 - Pancreatite aguda severa;
 - Após cirurgia gastrointestinal;
 - Após cirurgia da aorta abdominal;
 - Trauma abdominal (mesmo abdómen aberto) se se verificar integridade do trato gastrointestinal;
 - Em situações de sedação com bloqueio neuromuscular/curarização;
 - Decúbito ventral;
 - Independentemente da presença de sons peristálticos, a não ser na presença ou suspeita de isquemia ou obstrução intestinal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, T. F., Matos, L., Ferro, M. G., Kent-Smith, L., Gomes, F., Irving, S. C., Alves, A. P., Carvalho, R. B., Teixeira, M. A., & Borges, N. (2020). Desenvolvimento de uma versão portuguesa do Nutritional Risk Screening – NRS 2002. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 20. <https://doi.org/10.21011/apn.2020.2008>
- Bendavid, I., Singer, P., Theilla, M., Themessl-Huber, M., Sulz, I., Mouhieddine, M., Schuh, C., Mora, B., & Hiesmayr, M. (2017). NutritionDay ICU: A 7 year worldwide prevalence study of nutrition practice in intensive care. *Clinical Nutrition*, 36(4), 1122–1129. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.012>
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., de van der Schueren, M. A. E., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49–64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
- Cooper, A. S. (2018). Postpyloric Versus Gastric Tube Feeding for Preventing Pneumonia and Improving Nutritional Outcomes in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 38(6), 75–76. <https://doi.org/10.4037/ccn2018403>
- Farsi, Z., Kamali, M., Butler, S., & Zareiyan, A. (2020). The Effect of Semirecumbent and Right Lateral Positions on the Gastric Residual Volume of Mechanically Ventilated, Critically Ill Patients. *Journal of Nursing Research*, 28(4), e108. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000377>
- McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., & Compher, C. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>
- Nachvak, M., Hedayati, S., Hejazi, N., Motamedi Motlagh, A., Shafizade, A., & Shojaee, M. (2018). Nutritional assessment in ICU patients with enteral feeding in Amol hospitals. *Razi Journal of Medical Sciences*, 24(163), 92–104. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-4882-en.html>
- 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>

Samadi, M., Zeinali, F., Habibi, N., & Ghotbodini-Mohammadi, S. (2016). Intake of dietary supplements and malnutrition in patients in intensive care unit. *International Journal of Preventive Medicine*, 7(1), 90. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.186224>

Sebastião, R. F. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC): Eficácia de um Programa* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18103/1/Tese Rosária Sebastião.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18103/1/Tese%20Ros%C3%A1ria%20Sebasti%C3%A3o.pdf)

Singer, P. (2019). Preserving the quality of life: nutrition in the ICU. *Critical Care*, 23(S1), 139. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2415-8>

Wang, C.-Y., Fu, P.-K., Huang, C.-T., Chen, C.-H., Lee, B.-J., & Huang, Y.-C. (2018). Targeted Energy Intake Is the Important Determinant of Clinical Outcomes in Medical Critically Ill Patients with High Nutrition Risk. *Nutrients*, 10(11), 1731. <https://doi.org/10.3390/nu10111731>

ANEXOS DA PROPOSTA DE PROTOCOLO

Anexo I - Escala de Avaliação da Força Muscular do *Medical Research Council*

Não apresenta movimento muscular nem articular. Não se observa contração muscular-paralisia total	0
Não usa o músculo para mover a articulação: percebem-se apenas pequenas contrações musculares, mas sem movimento	1
Amplitude completa de movimento, mas sem vencer a gravidade	2
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade, mas não uma resistência mínima adicional	3
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade com alguma resistência adicional	4
Amplitude normal e completa dos movimentos – força normal	5

(Sebastião, 2016)

Anexo II – 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.

* Indica que um ensaio clínico suporta especificamente a inclusão da patologia nessa categoria de gravidade. Os diagnósticos apresentados em itálico são baseados nos padrões de gravidade descritos abaixo.

O **NRS-2002** é baseado na interpretação de ensaios clínicos randomizados disponíveis. (Nota do tradutor: até à data de publicação do original, 2003)

Risco Nutricional é definido pelo estado nutricional atual e pelo risco de deterioração do estado atual, devido a um aumento das necessidades nutricionais causado por stress metabólico associado à condição clínica.

ESTÁ INDICADO UM PLANO DE CUIDADOS NUTRICIONAIS PARA TODOS OS DOENTES QUE ESTÃO COM:

1	Desnutrição grave (pontuação = 3)
2	Doença grave (pontuação = 3)
3	Desnutrição moderada (pontuação = 2) e Doença ligeira (pontuação = 1)
4	Desnutrição ligeira (pontuação = 1) e Doença moderada (pontuação = 2)

Padrões de gravidade de doença:

Pontuação = 1: doente com doença crónica, admitido no hospital por complicações. O doente está fragilizado, mas faz "levantar do leito" regularmente. As necessidades proteicas estão aumentadas, mas podem ser atingidas através de alimentação ou suplementação orais, na maioria dos casos.

Pontuação = 2: doente acamado devido a doença, p.e. após cirurgia abdominal 'major'. As necessidades proteicas estão substancialmente aumentadas, mas podem ser atingidas, embora em muitos casos seja necessária nutrição artificial.

Pontuação = 3: doente internado em cuidados intensivos, com necessidade de ventilação assistida, etc. As necessidades proteicas estão aumentadas e não podem ser atingidas, mesmo com nutrição artificial. O catabolismo proteico e perda de azoto podem ser significativamente atenuados.

Anexo III – Ritmo (mL/h) da AE *standard* isocalórica [até avaliação nutricional por parte da dietista]

- Cálculo de necessidades energéticas com recurso a equação preditiva (30kcal/kg/dia);
- AE *standard* isocalórica (Fresubin Original ®) bolsa de 500mL:
 - Energia: 500kcal
 - Proteína: 19g
 - Hidratos de carbono: 65g
 - Lípidos: 17g

Peso (kg) Dias após admissão	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Dia 1	21	22	24	26	27	29	31	33	34
Dia 2	42	44	48	52	54	58	62	66	68
Dia 3	63	66	72	78	81	87	93	99	102

Anexo IV – Escala de GUSS

GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação _____ Hora _____ Identificação doente _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
SIALORREIA			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4= investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4 =investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4 =investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)	_____ (20)		

*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
¹	Encaminhar para médico fisiatra

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta normal • Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta passada • Líquidos muito devagar (um gole de cada vez) • Avaliação especializada¹
10–14	Semi-sólido com sucesso Líquido sem sucesso	Disfagia moderada Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta semi-líquida • Líquidos espessados • Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado • Não administrar medicação líquida • Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> • NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral) • Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

APÊNDICE IV –INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NA TERAPIA NUTRICIONAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SLIDES COM APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS DA AULA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Objetivos

- Conhecer a resposta metabólica da PSC à doença crítica;
- Definir o conceito de TN;
- Analisar a literatura mais recente sobre a TN na PSC:
 - Recomendações gerais;
 - Alvos nutricionais;
 - Possíveis intercorrências;
 - Etc.
- Refletir sobre o posicionamento da enfermagem na TN da PSC.

ANEXOS

Anexo I – Clinical Frailty Scale

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In severe dementia, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

© 2007-2009, Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



Anexo II – Nutrition Risk Screening (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 = **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.

* Indica que um ensaio clínico suporta especificamente a inclusão da patologia nessa categoria de gravidade.

Os diagnósticos apresentados em *italico* são baseados nos protótipos de gravidade descritos abaixo.

O **NRS-2002** é baseado na interpretação de ensaios clínicos randomizados disponíveis. (Nota do tradutor: até à data de publicação do original, 2003)

Risco Nutricional é definido pelo estado nutricional atual e pelo risco de deterioração do estado atual, devido a um aumento das necessidades nutricionais causado por *stress* metabólico associado à condição clínica.

Está indicado um **plano de cuidados nutricionais** para todos os doentes que estão com:

- (1) Desnutrição grave (pontuação = 3)
- (2) Doença grave (pontuação = 3)
- (3) Desnutrição moderada (pontuação = 2) e Doença ligeira (pontuação = 1)
- (4) Desnutrição ligeira (pontuação = 1) e Doença moderada (pontuação = 2)

Padrões de gravidade de doença:

Pontuação = 1: doente com doença crónica, admitido no hospital por complicações. O doente está fragilizado, mas faz “levantar do leito” regularmente. As necessidades proteicas estão aumentadas, mas podem ser atingidas através de alimentação ou suplementação orais, na maioria dos casos.

Pontuação = 2: doente acamado devido a doença, p.e. após cirurgia abdominal ‘major’. As necessidades proteicas estão substancialmente aumentadas, mas podem ser atingidas, embora em muitos casos seja necessária nutrição artificial.

Pontuação = 3: doente internado em cuidados intensivos, com necessidade de ventilação assistida, etc. As necessidades proteicas estão aumentadas e não podem ser atingidas, mesmo com nutrição artificial. O catabolismo proteico e perda de azoto podem ser significativamente atenuados.

Fonte: Grupo de trabalho da Criação de uma versão portuguesa do *Nutritional Risk Screening* – NRS 2002.

(Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, 2019)

Anexo III – Certificado de participação XXII Congresso APNEP

XXII Congresso Anual APNEP
Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica
13 e 14 Novembro 2020

Nutrição Clínica:
O FUTURO É AGORA.

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a) **Raquel Viola**, esteve presente no **XXII Congresso Anual da APNEP**, realizado virtualmente, nos dias 13 e 14 de novembro de 2020. (Duração:18horas)

 **APNEP**
Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica


DR. ANÍBAL MARINHO
(Presidente da APNEP)



9896836365720209561634670896521b.FOX.D.F

Anexo IV – Certificado de participação VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos



**VII CONGRESSO
INTERNACIONAL
DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

**E de repente...
TUDO MUDOU**

27 e 28 - FEVEREIRO - 2021
ONLINE

Certificado de Comissão Organizadora

Certifica-se para os devidos efeitos que **Raquel Viola**, integrou a comissão organizadora do **VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias 27 e 28 de Fevereiro de 2021. (Duração:20horas)



6364d301d495b06a03dc18d13b5c4e001177K


Aníbal Marinho


José António Pinho

ORGANIZAÇÃO:
 Associação de Apoio ao Serviço e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto
www.asci.org.pt

COLABORAÇÃO:
   



Anexo V – Declaração de participação como formadora na Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Intensivos no Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica



Declaração

Declara-se que Raquel Alexandra Rodrigues Roxo Viola participou como formadora na Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Intensivos no Curso de mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A sessão letiva, sobre o tema “Terapia nutricional (TN) na pessoa em situação crítica” decorreu no dia 14/04/2022, com a duração de cinco (5) horas.

Lisboa, 4 de maio de 2022.

A Vice-Presidente da ESEL

A Vice-presidente
Maria Teresa Sarreira Leal



Assinado de forma digital
por [Assinatura
Qualificada] Maria Teresa
Sarreira Leal
Dados: 2022.05.04
14:57:04 +01'00'

Maria Teresa Leal