



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Gestão Nutricional na Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos

Andreia Cristina Pinto Baptista

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Área de especialização: *Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Gestão Nutricional na Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos

Andreia Cristina Pinto Baptista

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Área de especialização: *Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

AGRADECIMENTOS

A ti, **Ricardo Serra**, pelo apoio e compreensão nos momentos mais difíceis, e por não me deixares desistir, mais uma batalha que vencemos juntos.

Aos meus filhos, **Afonso e Rafael**, que durante este período não conseguiram ter a mãe a 100%, mas mesmo assim eram eles que me davam alguma alegria, descontração e alívio nos momentos difíceis.

À Professora Doutora **Maria Alice Góis Ruivo** por me acolher nesta etapa final e por todas as sugestões e apoio ao longo da elaboração do relatório.

Aos colegas de trabalho, que em “**segredo**”, proporcionaram alguns momentos de alegria e descontração em momentos menos fáceis.

À enfermeira responsável do meu serviço que atura semanalmente, os meus ataques e os meus momentos de desistência, obrigada “mãezinha”, **Maria João Rodrigues**.

Aos **meus pais**, mesmo distantes, mostraram disponibilidade sempre que possível e nunca me deixaram desistir.

E a **mim**, que durante este período consegui ser mãe, esposa, amiga, profissional, estudante e filha.

Obrigada a todos.

RESUMO

No presente relatório de estágio é efetuada uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas, em contexto de urgência e de cuidados intensivos, com a finalidade de demonstrar as competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista em Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica e as exigidas à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

O tema de interesse que norteou as atividades foi a Gestão Nutricional da Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos. Foi elaborada uma scoping review que suportou as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio final. No âmbito de estágio final realizou-se ainda um Projeto de Intervenção segundo a Metodologia de Projeto, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados na pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos.

A elaboração do Projeto de Intervenção baseia-se nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica com maior enfoque na Prevenção de complicações, no Bem-estar e o Autocuidado e na Organização dos Cuidados Especializados.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Gestão Nutricional; Avaliação do Risco Nutricional; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This internship report describes and critically analyzes the activities carried out in an emergency and intensive care setting, with the aim of demonstrating the common and specific competences of a Nurse Specialist in Medical Surgery - Critically Ill Person and those required to obtain a Master's degree in Nursing.

The topic of interest that guided the activities was Nutritional Management of the Critically Ill Person in Intensive Care. A scoping review was drawn up to support the activities carried out during the final internship. As part of the final internship, an Intervention Project was also carried out according to the Project Methodology, with the aim of improving the quality of care provided to critically ill people in intensive care.

The Intervention Project was based on the Descriptive Statements of the Specialized Quality Standards in Medical-Surgical Nursing for the Critically Ill Person, with a greater focus on the prevention of complications, well-being and self-care and the Organization of Specialized Care.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critically Ill Person; Nutritional Management; Nutritional Risk Assessment; Nursing Care

ACRÓNIMO

A3ES - Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

APA - *American Psychological Association*

APACHE - The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

AR – Assembleia da República

ASPEN - American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS - *Behavioural Pain Scale*

CA – Conselho de Administração

CAM-ICU - Confusion Assessment Method for the ICU

CI – Calorimetria Indireta

DGS - Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

ECMO - *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (Oxigenação por membrana extracorporal)

EMC-PSC – Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

EPC - *Enterobacteriales* Produtoras de Carbapenemases

ESPEN - European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

HF/D - Horas de Funcionamento por Dia

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IL-6 – Interleucina 6

IMC – Índice de Massa Corporal

ISBAR - Identificação, Situação atual, *Background* (Antecedentes), Avaliação, Recomendações

IT - Instrução de Trabalho

ITLS - *International Trauma Life Support*

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

MC-PSC – Médico Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica

MMPBE – Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência

mNUTRIC – Nutric modificado

MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

MS – Ministério da Saúde

NDF/A - Número de Dias de Funcionamento por Ano

NE - Nutrição Entérica

NP - Nutrição Parentérica

NPS - Nutrição Parentérica Suplementar

NRS 2002 - Nutritional Risk Screening

NUTRIC Score - Nutrition Risk in Critically Ill

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PI – Projeto de Intervenção

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PPCIRA -Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências Antimicrobianas

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PT – Posto de Trabalho

RASS - *Richmond Agitation Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAGRIS - Sistema de Apoio à Gestão de Risco

SARS-coV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SAV – Suporte Avançado de Vida

SDRA – Síndrome Dificuldade Respiratória Aguda

SF - Sessão Formação

SGICM – Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Serviço de Observação

SOFA - The Sequential Organ Failure Assessment

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SR – *Scoping Review*

SU - Serviço de Urgência

SWOT -*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*

T - Período normal de trabalho por enfermeiro/ano

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UE – Universidade de Évora

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação não Invasiva

VRG – Volume Residual Gástrico

ABREVIATURA

Sr. - Senhor

SÍMBOLOS

p. - página

Kg. - Quilograma

% - Percentagem

n.º - número

h - Hora

< - inferior

> - superior

≤ - menor ou igual

≥ - maior ou igual

N - Noite

M - Manhã

T - Tarde

x - Vezes

ml/h - mililitros por hora

Kcal - quilocalorias

g. - grama

m² – Metro quadrado

º - grau

mg/dl - Miligrama por decilitro

VO₂ – Volume de oxigénio

VCO₂ – Volume de dióxido de carbono

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – CONCEPTUAL	22
1.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA DE JUNE LARRABEE	23
1.2. TEORIA DE ENFERMAGEM DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	25
1.3. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	27
1.4. DESNUTRIÇÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	28
1.4.1 Avaliação do risco nutricional na pessoa em situação crítica	29
1.4.2 Suporte nutricional na pessoa em situação crítica	32
1.5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DÉFICE NO AUTOCUIDADO ALIMENTAR – RISCO DE DESNUTRIÇÃO	35
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	39
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA	39
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	41
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO: GESTÃO NUTRICIONAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CUIDADOS INTENSIVOS	45
3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	45
3.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	51
3.3. PLANEAMENTO	52
3.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO INTERMÉDIA	55
3.5. AVALIAÇÃO FINAL	59
3.6. DIVULGAÇÃO DO RESULTADOS	62
4. ANÁLISE E REFLEXÃO DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	64
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	64
4.1.1 Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	64
4.1.2 Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	67
4.1.3 Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	70

4.1.4	Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	73
4.2.	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA MC – PSC	76
4.2.1	Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	77
4.2.2	Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	81
4.2.3.	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	83
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	89

ÍNDICE APÊNDICES

APÊNDICE I – Plano de Sessão Formação Urgência.....	98
APÊNDICE II – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração.....	101
APÊNDICE III – Autorização ao Conselho de Administração.....	104
APÊNDICE IV – ESTRATÉGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA – SR.....	107
APÊNDICE V – FLUXOGRAMA PRISMA.....	111
APÊNDICE VI – RESUMO SR.....	113
APÊNDICE VII – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NA UCIP	117
APÊNDICE VIII – SELEÇÃO DOS ESTUDOS DA SR.....	120
APÊNDICE IX – INSTRUÇÃO DE TRABALHO UCIP	127
APÊNDICE X – POSTER CVC URGÊNCIA	133

ÍNDICE ANEXOS

ANEXO A – CERTIFICADO DE FORMADORA	136
ANEXO B - FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE GESTÃO DE RISCO EM SAÚDE: A SEGURANÇA DO CLIENTE.....	138
ANEXO C – FORMAÇÃO PPCIRA	140
ANEXO D – FORMAÇÃO WEBINAR CONEXOES SEGURAS	143
ANEXO E – FORMAÇÕES REALIZADAS	145
ANEXO F - FERRAMENTA DE AUDITORIA RELATIVAMENTE AO CVC	155
ANEXO G – CERTIFICADO SAV	157
ANEXO H – CERTIFICADO ITLS	159

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 – Análise SWOT.....	51
Quadro n.º 2 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	65
Quadro 3 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	67
Quadro 4 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista no domínio da Gestão dos Cuidados	70
Quadro 5 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	73

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem.....	27
---	----

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Anos de Experiência profissional em contexto de Cuidados Intensivos	43
Gráfico 2 – Caraterização demográfica da equipa de enfermagem da UCIP (Sexo)...	46
Gráfico 3 – Caraterização demográfica da equipa de enfermagem da UCIP (Idade) ..	47
Gráfico 4 – Caraterização demográfica da equipa de enfermagem da UCIP (Grau Académico).....	47
Gráfico 5– Caraterização demográfica da equipa de enfermagem da UCIP (Especialidade)	48
Gráfico 6 – Conhecimento das Escalas de Avaliação do Risco Nutricional	48
Gráfico 7 – Escalas de Avaliação do Risco Nutricional	49
Gráfico 8 - Utilização na prática clínica de uma Escala de Avaliação do Risco Nutricional	49
Gráfico 9 – Avaliação genérica da Formação	60
Gráfico 10 – Pertinência do tema.....	61
Gráfico 11 – Aquisição de Conhecimento acerca das Escalas de Avaliação do Risco Nutricional.....	61

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio final em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, inserida no 2º ano do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialidade Médico – Cirúrgica, lecionada na Escola Superior de saúde de Portalegre, foi proposto a realização de um relatório de estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. O relatório compreende uma descrição e análise crítica fundamentada das atividades desenvolvidas nos contexto de estágio, com a finalidade de demonstrar as competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas de Enfermeira Especialista em Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica (MC-PSC) (Regulamento nº 429/2018, 2018) e as exigidas à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem definidas no documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) (Universidade de Évora [UE],2015).

Os estágios decorreram em serviço de urgência, entre maio e junho de 2023, e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) entre setembro de 2023 a janeiro de 2024, num total de 162 horas e 336 horas, respetivamente. Ambos os estágios decorreram sob a supervisão de enfermeiras especialistas em MC-PSC e sob a orientação da Professora Doutora Dulce Santiago. Todo o percurso formativo permitiu-nos a aquisição, aprimoramento e desenvolvimento de competências de uma forma gradual e dinâmica, tendo sempre por base as competências supracitadas.

Durante a realização dos estágios foi elaborado um Projeto de Intervenção (PI) no serviço de urgência e outro na UCIP, no relatório de estágio somente será dado ênfase ao PI elaborado na UCIP. A escolha da temática do PI surgiu após entrevistas exploratórias não estruturadas com o enfermeiro gestor e a enfermeira orientadora, e também após observação direta da inexistência de protocolos relativamente à Avaliação do Risco Nutricional da Pessoa em Situação Crítica. O PI norteou-se pela metodologia de projeto, no qual foram delineadas atividades a serem realizadas, tendo por base os objetivos propostos.

A temática abordada vai ao encontro do nosso interesse e experiência profissional, pelo contacto frequente com pessoas submetidas a cirurgias, tais como a gastrectomia e a hemicolectomia, que devido à sua condição clínica apresentam-se por vezes desnutridas. A Pessoa em Situação Crítica (PSC) encontra-se num estado hipermetabólico e hipercatabólico associado a uma resposta inflamatória sistémica e à falência de um ou vários órgãos (Cândido

& Luquetti, 2019; Lopes et al., 2022; Mano et al., 2022). As alterações metabólicas relacionadas com a doença crítica desencadeiam um maior risco de alterações e lesões celulares, assim como falência orgânica (González-Salazar et al., 2020). A PSC, devido às limitações a que está sujeita, encontra-se completamente impedida de ser um agente do autocuidado e necessita que lhe prestem cuidados individualizados e especializados para satisfazer a suas necessidades básicas, como é o caso da alimentação. A pessoa que apresenta um défice na ingestão de calorias e proteínas encontra-se desnutrida, por sua vez a PSC devido à gravidade e severidade da doença pode perder até 1 kg/dia de massa muscular (Gonzalez-Salazar et al.,2020; Singer et al., 2019). Tal perda predispõe ao desenvolvimento de úlceras por pressão e uma má cicatrização cutânea (Gonzalez-Salazar et al.,2020; Marinho et al.,2021; Mano et al.,2022). Deste modo, a deteção precoce do risco nutricional na PSC é uma intervenção que permite identificar pessoas desnutridas ou em risco de desenvolver desnutrição (Ruiz-Santana,2023) e dessa forma adequar o suporte nutricional adequado a cada pessoa. Os cuidados de enfermagem à PSC devem fornecer uma resposta às necessidades afetadas e permitir manutenção das funções básicas de vida (Regulamento n.º 361/2015, 2015). As entidades de referência que orientam a prática clínica relativamente à Nutrição são a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) e a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), deste modo e com o intuito de localizarmos as evidências científicas mais relevantes foi elaborada uma *scoping review*, sobre o Suporte Nutricional da Pessoa em Situação Crítica com Ventilação Mecânica em Cuidados Intensivos.

A temática do PI insere-se na linha de investigação da Qualidade e Segurança do Doente e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC. Apresenta como principal foco a necessidade de protocolos relativamente à avaliação do risco nutricional da PSC, que assenta na prevenção de complicações, no bem-estar e o autocuidado e na organização dos cuidados Especializados como referenciado nos Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em PSC (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Neste sentido o PI consistiu na integração das escalas de avaliação do risco nutricional e na elaboração de uma IT, com o objetivo de uniformizar os cuidados de enfermagem na avaliação do risco nutricional na PSC.

De modo a contextualizar a temática e o PI foi selecionado o Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidencia (MMPBE) de June Larrabee (2009) e a Teoria de Dorothea Orem (2001).

Assim, o **objetivo geral** deste Relatório é demonstrar a aquisição e desenvolvimento de Competências de Mestre, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em EMC-PSC durante o percurso formativo. E como objetivos específicos pretende-se:

- Descrever a contextualização das teorias adaptadas à temática;
- Descrever os contextos clínicos onde decorreram os estágios;
- Descrever as fases da metodologia de projeto no processo de implementação do PI;
- Realizar uma análise crítica e reflexiva das competências comuns e específicas do Enfermeiro EMC-PSC e de Mestre em Enfermagem, adquiridas durante o processo formativo.

Estruturalmente a organização do relatório de estágio é composto por 5 capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico-conceitual onde é explicado ambos os modelos e conceitos teóricos que suportaram o processo de desenvolvimento de competências. No segundo capítulo é realizada uma descrição de ambos os contextos clínicos onde decorreram os estágios. No terceiro capítulo é apresentado o PI que se realizou na UCIP assim como todas as etapas da metodologia de projeto. No quarto capítulo é realizada uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas em ambos os contextos formativos, assim como a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro EMC-PSC e de Mestre em Enfermagem. Por último no quinto capítulo são efetuadas as considerações finais, na qual se elabora uma síntese de todo o percurso formativo, assim como uma descrição das limitações encontradas e as recomendações para o futuro relativamente à temática em estudo.

Este relatório foi elaborado de acordo com a Norma de Referências Bibliográficas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição, e foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – CONCEPTUAL

A enfermagem é denominada, pelo senso comum, de “arte de cuidar”, desde a sua existência. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE):

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei 161/96, 2011, p.2).

A sustentação do processo de enfermagem e a prestação de cuidados é realizada através de teorias e modelos de enfermagem, estes são a base teórica em que a prestação dos cuidados práticos se devem apoiar. São um fio condutor, uma maneira de uniformizar e discriminar os conceitos. Essencialmente, são uma forma de transmitir segurança e promover a autonomia do enfermeiro na sua prática diária (Alligood, 2018). Segundo Tomey e Alligood (2004, p. 17), “o significado da teoria para a disciplina de enfermagem é que a disciplina depende da teoria”. É, pois, premente afirmar que a teoria auxilia o enfermeiro a organizar, compreender e analisar os dados do doente, bem como tomar decisões, planear o tratamento, prever os resultados e avaliar esses mesmos resultados

“As teorias de enfermagem são auxiliadoras no processo de reflexão crítica, ajudando o enfermeiro com base em referenciais teóricos que possibilitam interligar com a realidade da população-alvo, torna-se, assim, eficaz a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, já que estas teorias contribuem para a elaboração de técnicas sólidas de conhecimento científico.” (Souza et al., 2021, p.5).

Tal como as teorias, os modelos de enfermagem são uma fonte de sustentação fidedigna que promove a autonomia do enfermeiro, assentando em princípios e valores cruciais da sua prática “o Modelo de Prática Profissional descreve de que maneira os enfermeiros praticam, colaboram, comunicam e se desenvolvem profissionalmente; define o que é importante para os enfermeiros e conduz a atual e futura prática de enfermagem.” (Ribeiro et al., 2016, p. 128).

Existem distintas teorias e modelos de enfermagem que abordam diferentes conteúdos e estímulos que influenciam o doente, no entanto, o enfoque principal de todas são as necessidades do mesmo. Estas visam a prestação de cuidados de excelência e privilegiam o cuidado do doente, conferindo ao enfermeiro valores de “liderança; prática independente e colaborativa dos enfermeiros; ambiente da prática; investigação e inovação; desenvolvimento e reconhecimento dos enfermeiros e, resultados dos clientes” (Ribeiro et al., 2016, p.130).

São as teorias e modelos de enfermagem aliados à experiência clínica que permitem um enfermeiro progredir pessoalmente e profissionalmente, pois estes são “potenciadores de autonomia, satisfação no trabalho, responsabilidade, controlo na prática, relações positivas e colaborativas entre profissionais e desenvolvimento profissional dos enfermeiros” (Ribeiro et al., 2016, p.132). São a sustentação teórica da prática e todos os enfermeiros devem sustentar teoricamente a sua prática diária, portanto, estas têm extrema importância na vida de um enfermeiro que procura cuidados de excelência.

Nos seguintes subcapítulos, optámos por integrar o Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência (MMPBE), uma atualização do antigo modelo de Mary Ann Rosswurm e de June H. Larrabee (1999). Segundo a autora (Larrabee, 2009), este modelo teórico permite suportar a prática de enfermagem na investigação, no qual são identificadas as necessidades existentes numa determinada área e através da pesquisa e da análise da evidência é possível melhorar a tomada de decisão dos enfermeiros e alcançar segurança e qualidade dos cuidados prestados, de forma a obter resultados positivos na pessoa (Larrabee, 2009). Apesar de providenciar uma abordagem metódica para um cuidado de enfermagem de qualidade e baseado na evidência, não fornece uma explicação sobre como a pessoa, recetora dos cuidados de enfermagem, se encontra numa situação de necessidade de tais cuidados. Tal explicação é providenciada pela Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, na qual o autocuidado é o conceito central. O seu propósito é uma melhoria do cuidado, que somente é alcançada quando existem ações que visam melhorar a saúde e o bem-estar da pessoa cuidada. A PSC devido à sua incapacidade para o autocuidado carece de cuidados de enfermagem que possam promover ou restituir a capacidade de autocuidado.

Consideramos que ambas são adequadas à temática em estudo, a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado enquanto Modelo Conceptual permite compreender como uma pessoa necessita de cuidados de enfermagem e o MMPBE através do modelo processual permite apoiar a prática na melhor evidência científica.

1.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA DE JUNE LARRABEE

O MMPBE permite uma abordagem rigorosa e metódica com a finalidade de promover práticas de enfermagem de alta qualidade baseadas nas melhores evidências, permitindo

desenvolvimento dos enfermeiros, incentivando-o a continuar a aprimorar as suas habilidades e conhecimentos (Larrabee, 2009).

A prática baseada na evidência torna-se a base do cuidado em enfermagem, na qual é necessário integrar as seis etapas do MMPBE, sendo elas **“Avaliar a necessidade de mudança da prática”, “Localizar as melhores evidências”, “Fazer uma análise crítica das evidências”, “Projetar a mudança da prática”, “Implementar e avaliar a mudança da prática” e “Integrar e manter a mudança da prática”** (Larrabee, 2009, p.35).

1ª Etapa - Avaliar a necessidade de mudança da prática

Nesta etapa o enfermeiro especialista MC-PSC identifica as áreas que requerem uma melhoria (Larrabee, 2009).

2ª Etapa - Localizar as melhores evidências

Nesta etapa, a autora (Larrabee, 2009) descreve que se devem localizar as evidências mais relevantes e atualizadas.

3ª Etapa - Fazer uma análise crítica das evidências

Nesta etapa torna-se fundamental avaliar e analisar a qualidade e aplicabilidade das evidências localizadas (Larrabee, 2009).

4ª Etapa - Projetar a mudança da prática

Nesta etapa inicia-se o planeamento da implementação da mudança (Larrabee, 2009). Após identificação dos recursos necessário, a projeção da prática pode ser efetuada através de sessões de formação.

5ª Etapa - Implementar e avaliar a mudança da prática

Nesta etapa segundo a autora (Larrabee, 2009), recomenda a implementação do PI, assim como a avaliação e os resultados obtidos. Após este procedimento é possível formular as conclusões para posteriormente divulgar as recomendações.

6ª Etapa - Integrar e manter a mudança da prática

Nesta etapa, divulga-se os resultados para que a mudança da prática nos cuidados seja perpetuada (Larrabee, 2009).

No seguinte subcapítulo será explanada a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem que permitirá explicar os conceitos globais desta Teoria.

1.2. TEORIA DE ENFERMAGEM DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem é considerada um Modelo Conceptual. Estes modelos fornecem perspectivas com distintos focos de pensamento crítico e auxiliam na tomada de decisão (Alligood, 2018). Sempre que se abordam modelos teóricos de Enfermagem é crucial entender os conceitos metaparadigmáticos que permitem uma contextualização dos mesmos. Um metaparadigma é um conjunto de conceitos globais, pertencentes a modelos conceituais que identificam os fenómenos de interesse central para uma disciplina, as proposições globais descrevem os conceitos e declaram ainda, as relações entre esses conceitos (Alligood, 2018). A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Orem, oferece uma definição destes conceitos metaparadigmáticos, explica a relação entre eles e orienta o enfermeiro para a práxis de enfermagem. A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado é composta por quatro teorias que se inter-relacionam: 1) **Teoria do Autocuidado**; 2) **Teoria do Cuidado Dependente** 3) **Teoria do Défice do Autocuidado**; 4) **Teoria dos Sistemas de Enfermagem** (Orem, 2001, p. 141). Apresentamos neste relatório as quatro Teorias de Orem, com maior destaque para as duas teorias que contribuem para a compreensão da problemática em análise, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos sistemas de enfermagem.

Segundo a **Teoria do Autocuidado** a **Pessoa** é um ser humano unitário que deve ser vista como um todo e não pode ser entendida apenas pelas suas partes (Orem, 2001). A pessoa cresce e desenvolve-se, com dimensões fisiológicas, psicológicas e espirituais, integrada numa comunidade ou família (Orem, 2001). A pessoa sã é capaz de autocuidado, entendido como a “prática de atividades iniciadas e executadas por pessoas, em seu próprio benefício e no interesse de manutenção da vida, funcionamento saudável, desenvolvimento pessoal, e bem-estar pela satisfação dos requisitos reconhecidos para a regulação funcional e de desenvolvimento” (Orem, 2001, p.521). Este autocuidado pode ser desenvolvido pela própria pessoa ou por terceiros em sua substituição. A pessoa, age enquanto agente de autocuidado, de forma deliberada sobre si própria ou sobre o ambiente em que se encontra de modo a manter a sua saúde e bem-estar (Orem, 2001).

A **Teoria do Cuidado Dependente** explica como os cuidadores informais prestam cuidados à pessoa socialmente dependente (Orem, 2001).

A **Teoria do Défice do Autocuidado** (Orem, 2001) oferece uma explicação sobre quando a pessoa não consegue atender às suas próprias necessidades de autocuidado. A **Saúde** pode ser entendida como um descritor dos seres vivos no que respeita à sua integridade e solidez estrutural e funcional. Pessoas doentes ou feridas, com diferentes patologias ou

perturbações, nas quais se podem incluir deficiências, e que estão sob tratamento médico, apresentam requisitos de desvio de saúde. São as características destes desvios e a sua duração no tempo, que determina o tipo de cuidados que a pessoa necessitará. A doença, ou lesão, afeta não só as estruturas específicas e mecanismos fisiológicos, mas a pessoa no seu todo. Quando a doença afeta a pessoa no seu todo, a capacidade de autocuidado fica gravemente afetada permanentemente ou temporariamente. Um estado anormal de saúde origina requisitos de autocuidado que podem decorrer da própria doença ou das medidas implementadas para diagnóstico ou tratamento. A pessoa apresenta, assim, necessidades de autocuidado terapêutico, que compreende a soma das medidas necessárias durante um momento específico, ou durante um período de tempo, para satisfazer todas as necessidades de autocuidado de um indivíduo. Estas necessidades são particularizadas pelas condições e circunstâncias existentes. Existe um déficit de autocuidado terapêutico quando as necessidades de autocuidado não podem ser atendidas por as pessoas apresentarem uma capacidade de agência de autocuidado inadequada ou inexistente. Tais circunstâncias podem requerer a intervenção de enfermagem para controlar ou gerir os requisitos de cuidados necessários cujos valores são reguladores do funcionamento humano, como por exemplo, a alimentação.

A **Teoria dos Sistemas de Enfermagem** (Orem, 2001) descreve e explica as relações que devem ser criadas e mantidas para que se produza cuidados de enfermagem. A necessidade de autocuidado terapêutico deve integrar os **Cuidados de Enfermagem** à PSC. O objetivo de tais cuidados de enfermagem é a recuperação da capacidade de autocuidado e a restauração da saúde e do bem-estar nas suas dimensões fisiológicas, psicológicas e espirituais. Para tal, o enfermeiro deverá desenvolver uma série e uma sequência de cuidados de enfermagem, de modo a reconhecer e satisfazer as necessidades de autocuidado terapêutico da PSC. Orem (2001) identificou três Sistemas de Enfermagem para ajudar a pessoa a superar os seus défices de autocuidado: 1) Sistema de apoio educativo, surge quando a pessoa consegue realizar o autocuidado, contudo necessita de uma supervisão por parte do enfermeiro na realização das ações; 2) Sistema de apoio parcialmente compensatório, a pessoa necessita que o enfermeiro o auxilie nos cuidados que ele não consegue realizar por si só; e 3) Sistema de apoio totalmente compensatório, no qual os cuidados de enfermagem substituem por completo as ações da pessoa, que se encontra incapacitada para realizar o autocuidado.

Os cuidados de enfermagem, em **ambiente** de cuidados intensivos, devem ser especializados e diferenciados na área da PSC, com recurso a meios técnico e profissionais específicos. A PSC devido ao ambiente envolvente e à sua situação clínica necessita, assim,

de cuidados de enfermagem que visam suprir o déficit de autocuidado que apresentam, num sistema completamente compensatório.

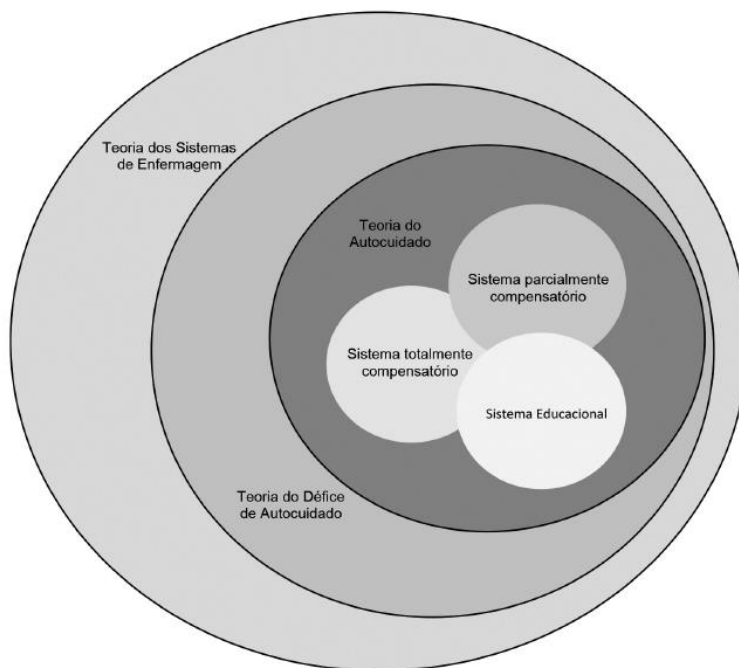


Figura 1 - Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem. Fonte adaptada: Orem, D. (2001)

Definidos os conceitos e as teorias norteadoras deste relatório, importa abordar a temática em estudo. Atendemos que seria importante nos subseqüentes subcapítulos definir a PSC, uma vez que este termo será abordado ao longo do relatório, assim como a definição de desnutrição e de suporte nutricional. O termo pessoa doente também será utilizado durante a descrição do relatório.

1.3. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Ordem dos Enfermeiros define que “pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362). A pessoa em situação crítica encontra-se num estado hipermetabólico e hipercatabólico associado a uma resposta inflamatória sistémica e à falência de um ou vários órgãos (Cândido & Luquetti, 2019; Lopes et al., 2022; Mano et al.,

2022). As alterações metabólicas relacionadas com a doença crítica desencadeiam um maior risco de alterações e lesões celulares, assim como falência orgânica (González-Salazar et al., 2020). Na sua maioria as PSC estão com Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), devido a diversos diagnósticos, tais como a Insuficiência Respiratória Aguda e o Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA). Por norma, estas pessoas permanecem ventiladas por longos períodos, o que favorece o aparecimento de alterações físicas e mentais, que surge após a fase aguda da doença (González-Salazar et al., 2020; Cruz-Sánchez et al., 2020). Tais alterações são responsáveis por um prolongamento no internamento e pior qualidade de vida (González-Salazar et al., 2020).

Logo, a PSC, devido à doença crítica e aos tratamentos médicos a que esta sujeito, está impedido completamente de ser um agente do autocuidado e necessita que lhe prestem cuidados individualizados e especializados para satisfazer a suas necessidades básicas com vista à manutenção da vida. A PSC necessita, assim, de cuidados de enfermagem que visam suprir o défice de autocuidado que apresentam, num sistema completamente compensatório.

A ESPEN (Singer et al., 2019) menciona que a doença crítica apresenta duas fases, a **fase aguda** e a **fase pós-aguda**. A **fase aguda** divide-se em dois períodos, o período inicial e o período tardio. O período inicial surge entre o primeiro e o segundo dia, e compreende a instabilidade hemodinâmica, metabólica e um aumento severo do catabolismo. O período tardio surge entre o terceiro e o sétimo dia e é caracterizado por um aumento na perda muscular e uma estabilização nas alterações metabólicas. Posteriormente surge a **fase pós aguda** que pode progredir para a reabilitação ou para um estado inflamatório/catabólico persistente, a Síndrome do Catabolismo Inflamatório Persistente. Este estado geralmente não provoca a morte, mas é responsável pela elevada taxa de mortalidade durante o internamento (Ruiz-Santana, 2023). A PSC devido ao stress metabólico está mais suscetível a um maior risco nutricional (González-Salazar et al., 2020; Cruz-Sánchez et al., 2020; Mano et al., 2022; Cuevas et al., 2023).

1.4. DESNUTRIÇÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A pessoa que apresenta um défice na ingestão de calorias e proteínas encontra-se num estado de desnutrição (Singer et al., 2019). Em cuidados intensivos a desnutrição na PSC varia de 38% a 78%, dependendo do estágio da doença e da gravidade (Sharma et al., 2019). Estes dados são preocupantes se tivermos em consideração as consequências que podem surgir posteriormente, tais como, um aumento do risco de infeções, um aumento no tempo de

internamento e elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (Gonzalez-Salazar et al.,2020; Marinho et al.,2021; Mano et al.,2022).

Durante a doença a PSC pode perder até 1 kg/dia de massa muscular devido a vários fatores, tais como, o desequilíbrio e diminuição do aporte calórico-proteico, o catabolismo muscular e a imobilização física (Gonzalez-Salazar et al.,2020; Singer et al., 2019). A perda de massa muscular predispõe o desenvolvimento de úlceras por pressão e uma má cicatrização cutânea (Gonzalez-Salazar et al.,2020; Marinho et al.,2021; Mano et al.,2022). Tal declínio apresenta um impacto negativo no prognóstico e na recuperação da PSC (Cruz-Sánchez et al., 2020; Mano et al.,2022).

Deste modo, a deteção precoce do risco nutricional na pessoa em situação crítica é tão importante como qualquer outra avaliação médica inicial, uma vez que pode prevenir complicações, tal como a sarcopenia, que advém do insuficiente suporte calórico-proteico que é fornecido à pessoa em situação crítica (Cruz-Sánchez et al., 2020).

A importância da implementação de um modelo uniforme de identificação de desnutrição já foi reconhecida em Diário da República pelo Despacho n.º 6634/2018 (2018). Este determina que a identificação sistemática do risco nutricional deve ser efetuada a todos as pessoas internados nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e que todos os serviços devem ser dotados de equipamento adequado, como por exemplo camas com balança ou fitas métricas para medições. Atualmente o Despacho n.º 9984/2023 (2023) revoga o anterior, reforçando a necessidade de identificar precocemente o risco nutricional com o intuito de implementar um plano de cuidados nutricionais individualizados, a cada situação clínica, seguindo as boas práticas.

1.4.1 Avaliação do risco nutricional na pessoa em situação crítica

A avaliação precoce do risco nutricional em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma intervenção com potencial para minimizar todas as complicações acima referidas (Stuqui et al.,2022). A avaliação deve ser realizada na admissão e durante o tempo de internamento, com a finalidade de identificar pessoas desnutridas ou em risco de desenvolver desnutrição (Ruiz-Santana,2023).

Na literatura consultada são referidos diversos métodos de avaliação do risco nutricional, contudo os mais preditivos e efetivos apresentam custos elevados. Outros métodos de

avaliação e que não apresentam custos elevados são a utilização de escalas, medições antropométricas e resultados laboratoriais (Paz & Couto, 2016).

Com a necessidade de **localizar a melhor evidência** (Larrabee, 2009) foram consultadas as diretrizes internacionais (ASPEN e ESPEN). Relativamente à avaliação do risco nutricional as diretrizes internacionais discordam. A ESPEN (Singer et al.,2023) refere que não existe uma escala *golden standard* para definir o risco nutricional e que toda a PSC que permaneça por mais de 48h em cuidados intensivos deve ser considerada em risco de desnutrição. Em 2019 defendia uma avaliação clínica geral que incluísse uma anamnese, registo de perda ponderal de peso, um exame físico com avaliação da composição corporal e da força muscular, uma vez que PSC submetidos a terapias intensivas iriam ter alterações corporais e não iria refletir com exatidão a desnutrição ou o seu risco (Singer et al.,2019). Contrariamente a ASPEN (McClave et al.,2016; Compher et al.,2022) recomenda uma avaliação do risco nutricional nas primeiras 48h após a admissão da PSC em cuidados intensivos, com a finalidade de identificar quais as PSC que podem beneficiar de um suporte nutricional precoce. Para tal, a ASPEN refere que existem várias escalas de avaliação de risco nutricional, contudo apenas a Nutritional Risk Screening (NRS 2002) e a Nutrition Risk in Critically Ill (NUTRIC Score) determinam tanto o estado nutricional como a gravidade da doença. A diretriz europeia (Singer et al.,2023) justifica a não utilização de ambas as escalas, referindo que a Escala NRS 2002 não foi desenvolvida para avaliar PSC e que a NUTRIC Score não avalia parâmetros nutricionais. Contudo, a sociedade europeia refere que de todas as escalas de avaliação nutricional a NRS 2002 apresenta um valor preditivo e é mais fácil e rápida de calcular (Singer et al.,2023).

Na realização deste relatório serão resumidamente apresentadas as escalas NRS 2002 (Kondrup et al.,2003) e a NUTRIC Score (Heyland et al.,2011).

A NRS 2002 é um instrumento desenvolvido para detetar a desnutrição ou o risco de desnutrição (Amaral et al.,2020, PNPAS, 2019). Esta escala parte do pressuposto que pessoas que careçam de suporte nutricional é essencial ter em conta a gravidade da desnutrição e o aumento das necessidades nutricionais resultantes da doença crítica (Kondrup et al, 2003). Este instrumento está dividido em dois grupos, no primeiro grupo insere-se o rastreio inicial e no segundo o rastreio final. O rastreio inicial é composto por quatro questões:

- Índice de Massa Corporal (IMC) <20,5;
- Perda de peso nos últimos 3 meses;
- Redução na ingestão alimentar na última semana;

- Presença de doença grave.

No preenchimento deste grupo se a resposta for negativa em todas as questões, o rastreio inicial deverá ser efetuado novamente em intervalos semanais (Amaral et al.,2020). Caso exista uma resposta positiva a qualquer questão é necessário completar o rastreio final, no qual a PSC é classificada segundo a deterioração do estado nutricional e a gravidade da doença, variando o score entre ausente, ligeiro, moderado e grave. Um score superior ou igual a três indica que a PSC se encontra em risco de desnutrição ou desnutrido, caso a idade seja igual ou superior a 70 anos acresce mais um valor ao score. A NRS 2002 apresenta algumas vantagens comparativamente a outras escalas, uma vez que a sua elaboração foi baseada em evidência científica e demonstra ser aplicável a adultos em diversos contextos, uma vez que abrange diversas condições patológicas (Amaral et al.,2020).

A escala NUTRIC Score foi desenvolvida e validada em 2011 (Heyland et al.), com a finalidade de avaliar o risco nutricional e assim adaptar uma terapia nutricional mais agressiva consoante a gravidade da doença. A NUTRIC Score determina a gravidade através de duas escalas, The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) e a The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), e diversas variáveis como a idade, número de comorbilidades, a interleucina-6 (IL-6) e o total de dias de internamento nos Cuidados Intensivos. Contudo, devido à dificuldade em obter o marcador inflamatório (IL-6) em contexto hospitalar Rahman et al. (2016) validou a NUTRIC modificado (mNUTRIC), sem avaliação da IL-6. A pontuação final calculada varia de 0-9, sem os níveis da IL-6, sendo considerado de alto risco pessoas com score ≥ 5 indicando risco nutricional e um score ≤ 4 sugere baixo risco nutricional (Cuevas et al. 2023). Em Portugal em 2017 (Mendes et al.) num estudo realizado a escala utilizada foi a NUTRIC modificado que permitiu discriminar quais as PSC com alto risco nutricional.

Ambas as escalas estão validadas em Portugal e fazem parte do sistema informático BSimple-PatientCare®, inclusive a escala NRS 2002 é uma ferramenta que integra o Programa Nacional para a Promoção de Alimentação Saudável (PNPAS,2019).

Contudo ambas as escalas apresentam limitações no seu preenchimento. A NRS 2002 devido à necessidade de obter determinadas variáveis nutricionais e pelo facto da PSC muitas vezes se encontrar ventilada mecanicamente e sob sedo analgesia, é necessário recorrer aos membros da família, e por vezes esses dados podem ser inconsistentes e imprecisos. Por outro lado, o preenchimento da NUTRIC Score apresenta como limitação a obtenção de certos índices como o APACHE e o SOFA, que são essenciais para o cálculo do score. Porém,

apesar das limitações é imprescindível o uso de uma delas para otimizar o suporte nutricional e atenuar as complicações resultante da doença crítica (Becker et al., 2018).

Deste modo a avaliação do risco nutricional é importante, uma vez que permite minimizar as consequências que resultam da desnutrição através de um suporte nutricional adequado às necessidades calóricas e proteicas da PSC. As pessoas em cuidados intensivos são uma população heterogênea, a evolução e a gravidade da doença crítica não são similares em todos as pessoas.

1.4.2 Suporte nutricional na pessoa em situação crítica

Um suporte nutricional adequado consiste na reposição de proteínas, calorias, macronutrientes e micronutrientes na PSC. Adequação nutricional contribui para a homeostasia do organismo e para o reforço do sistema imunitário, sendo de extrema importância o início precoce do mesmo (Cruz-Sánchez et al., 2020). Ambas as orientações internacionais (ESPEN e ASPEN) estão em sincronia relativamente ao início do suporte nutricional, afirmando que deve ser iniciado entre as 24h e as 48h, da admissão em cuidados intensivos, e desde que a função gastrointestinal permaneça preservada (González-Salazar et al., 2020; Cruz-Sánchez et al., 2020; Lopes et al., 2022). Estas recomendações têm como benefícios uma melhoria na cicatrização cutânea, uma redução do tempo de ventilação invasiva, uma redução de infeções, e consequentemente, diminui a tempo de internamento e reduz as taxas de mortalidade (González-Salazar et al., 2020; Lopes et al., 2022).

Na PSC o fornecimento de um suporte nutricional adequado é feito por nutrição entérica (NE) e/ou nutrição parentérica (NP) (Mano et al., 2022; Montero González, 2023). Contudo, dá-se primazia à NE por apresentar um maior benefício comparativamente à NP, estando associada a menos complicações e a infeções associadas aos cuidados de saúde (Meira da Silva et al., 2020). A NE precoce permite manter a função intestinal e melhora a função imunológica, prevenindo a deslocação bacteriana (McClave et al., 2016; Singer et al., 2019).

De acordo com ambas as orientações internacionais, a NE deve ser administrada a nível gástrico e de forma contínua (Singer et al., 2023; McClave et al., 2016). Contudo existem situações nas quais se opta pela colocação de sonda pós pilórica com o auxílio de endoscopia alta. Essas situações incluem dificuldade na progressão da sonda nasogástrica/orogástrica, elevado risco de aspiração e intolerância à alimentação gástrica mesmo após o uso de procinéticos (Meira da Silva et al., 2020; Singer et al., 2023). A ASPEN recomenda uma

nutrição trófica na fase inicial da doença crítica, recomendando uma perfusão inicial de 10-20ml/h (McClave et al.,2016), enquanto a ESPEN refere que após o terceiro dia deve ser atingida uma meta energética de 80% a 100% (Singer et al.,2023).

A NE deve ser iniciada o mais precocemente (24h-48h) em PSC com (Singer et al.,2023):

- Oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO);
- Traumatismo cerebral;
- Acidente Vascular Cerebral (AVC) (isquémico ou hemorrágico);
- Lesões medulares;
- Pancreatite aguda grave;
- Cirurgias gastrointestinais e cirurgias da aorta abdominal;
- Trauma abdominal, desde que a função intestinal esteja preservada;
- Terapêutica de bloqueio neuromuscular;
- Decúbito ventral;
- Abdômen aberto;
- Ausência de ruídos hidroaéreos, exceto em situações de isquemia ou oclusão intestinal;
- Diarreia.

Contudo a NE deve ser atrasada ou evitada nos seguintes casos (Singer et. al,2023):

- Instabilidade hemodinâmica;
- Hipoxemia, hipercapnia ou acidose não compensada;
- Hemorragia digestiva alta;
- Isquemia intestinal;
- Fistulas intestinais de alto débito;
- Síndrome compartimental abdominal;
- Volumes de resíduos gástrico > 500 ml/6h.

Nos casos supracitados a NP pode ser implementada a partir do terceiro dia em doses baixas e de forma progressiva, para evitar a sobrealimentação ou a síndrome de realimentação (Singer et al., 2023). A NP suplementar pode ser introduzida quando não se consegue atingir a meta energética de 60% com a NE (Singer et al.,2023). A ASPEN recomenda que não se deve iniciar NPS antes do 7º dia (McClave et al.,2016), enquanto a ESPEN sugere que a Nutrição Parentérica Suplementar (NPS) deve ser iniciada entre o quarto e sétimo dia (Singer et al.,2023).

Reconhecer as necessidades calóricas e proteicas na PSC permite evitar complicações e efeitos adversos, tais como, a subalimentação (<50%) e a sobrealimentação (>110%). A sobrealimentação está associada a hiperglicemia, hipertrigliceridemia e ao risco da síndrome de realimentação. Contrariamente, a subalimentação está associada a uma diminuição da massa muscular, afetando os músculos respiratórios (González-Salazar et al.,2020). A ESPEN (Singer et al.,2023) recomenda que as metas calóricas e proteicas administradas por NE não devem ser atingidas na sua totalidade antes do terceiro dia, e sugere o início de uma dieta hipocalórica na fase aguda da doença crítica para evitar a sobrealimentação. Tanto a subalimentação quanto a sobrealimentação parecem ser prejudiciais na PSC (Singer et al.,2019). Num estudo realizado por Zusman et al. (2016) verificou-se que uma administração de 70% de calorias pode ser benéfica relativamente à sobrevivência, enquanto uma meta energética de 100% pode estar associada a danos na PSC.

A ESPEN (Singer et al.,2023) e a ASPEN (Compher et al., 2022) concordam com o uso de Calorimetria Indireta (CI) para avaliar as necessidades energéticas basais. Esta avaliação é calculada através da fórmula de *Weir*, e permite determinar o gasto energético em repouso da PSC através do Volume de Oxigénio (VO_2) consumido e a produção de Dióxido de Carbono (VCO_2) mediante as trocas gasosas (Mustra & Loureiro, 2023). Porém, devido ao elevado custo do equipamento e à necessidade de profissionais especializados, o uso de CI nem sempre é possível em contexto de cuidados intensivos. É na ausência da CI que surgem divergências nas diretrizes internacionais. A ESPEN recomenda verificar o VO_2 através do cateter arterial pulmonar ou utilizando a fórmula de $VCO_2 \times 8,19$ através do ventilador. Na ausência do supracitado a sociedade europeia recomenda o uso de fórmulas simples baseadas no peso, sendo estipulado uma ingestão calórica entre os 20-25kcal/kg/dia (Singer et al.,2023). A ASPEN sugere um início de 12-25kcal/kg/dia nos primeiros 7 a 10 dias de internamento em cuidados intensivos (Compher et al., 2022). A ASPEN (McClave et al., 2016) e ESPEN (Singer et al.,2023) referem ainda a necessidade de considerar outras fontes de calorias adicionais, como o caso do propofol e de fluidos com dextrose, uma vez que podem exceder as metas calóricas do suporte nutricional. Relativamente ao aporte proteico a ESPEN recomenda uma ingestão próxima de 1,3g/kg/dia (Singer et al.,2023) enquanto a ASPEN recomenda um aporte proteico entre 1,2 a 2g/kg/dia (Compher et al.,2022). Contudo, em situações que se verifique obesidade com IMC entre 30 e 50 kg/m², o aporte calórico indicado é de 11-14Kcal/kg/dia e uma meta proteica de 2g/kg/dia (Zaragoza-Garcy et al.,2023; Ruiz-Santana, 2023).

A evidência científica consultada indica que as metas calóricas e proteicas recomendadas pelas orientações internacionais não foram alcançadas nos estudos analisados. Os motivos indicados foram complicações gastrointestinais, incluindo intolerância gastrointestinal e hemorragias, sendo responsáveis por 50% das interrupções do suporte nutricional entérico na PSC (Kim et al., 2013). Outras causas como a diarreia, o Volume de Resíduo Gástrico (VRG) elevado (>250ml) e a distensão abdominal foram relatadas como intolerância à NE (Vallejo et al., 2017; Pastrana et al. 2022). Ainda da análise dos estudos, o suporte nutricional não é adequado devido às interrupções relacionadas com procedimentos médicos, cuidados de enfermagem, atrasos na colocação da sonda nasogástrica e consequente atraso da NE (Kim et al., 2013; Pastrana et al., 2022).

Neste sentido, é necessário a implementação de protocolos/IT que descrevam as ações necessárias a desenvolver de modo a compensar a desnutrição na PSC. A implementação de protocolos na UCI é de extrema importância, pois permite o envolvimento de uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros e nutricionistas) com um objetivo comum, proporcionar um suporte nutricional adequado e minimizar as interrupções da NE (González-Salazar et al., 2020; Pastrana et al., 2022; Zaragoza-Garcy et al., 2023).

1.5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DÉFICE NO AUTOCUIDADO ALIMENTAR – RISCO DE DESNUTRIÇÃO

A PSC depende de cuidados de enfermagem qualificados e especializados de forma contínua com o intuito de dar “(...) 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.º 429/2018, 2018, p. 19362). A PSC apresenta necessidades de autocuidado terapêutico, entendido como o somatório das medidas de cuidado necessárias, durante um período e devido a uma condição existente, para controlar ou gerir fatores indispensáveis ao correto funcionamento do ser humano (como alimentação suficiente) (Orem, 2001). Os cuidados de enfermagem à PSC podem ser compreendidos como séries e sequências de ações práticas e deliberadas dos enfermeiros, para satisfazer as necessidades de autocuidado terapêutico dos mesmos (Orem, 2001). Este cuidado, tendo em consideração as características da PSC no contexto já descrito, será prestado num sistema completamente compensatório, em que o enfermeiro age em substituição da pessoa (Orem, 2001), ou seja, o enfermeiro compensa o défice no autocuidado alimentar providenciando o suporte nutricional através das NE.

A PSC apresenta diversas complicações associadas à NE sendo necessário que o enfermeiro desenvolva ações e oriente a sua prática de modo a propiciar um suporte nutricional adequado à PSC. Deste modo, é importante uma monitorização e vigilância diária, que permita orientar os cuidados de enfermagem na tomada de decisão relativamente à continuidade da NE de modo a evitar pausas inadequadas. Posto o descrito, serão abordadas as complicações inerentes à NE e quais os cuidados de enfermagem que devem ser adotados, com a finalidade de evitar as pausas inadequadas, para que seja possível atingir o suporte nutricional adequado à PSC.

Aspiração e Pneumonia

O risco de aspiração é uma das complicações associadas a NE devido ao elevado VRG. Com base no que é sugerido pelas diretrizes os enfermeiros devem posicionar a PSC com a cabeceira elevada num ângulo de 30°- 45° e efetuar a higiene da cavidade oral com Clorohexidina duas vezes ao dia (McClave et al.,2016). Na PSC em decúbito ventral é recomendado elevar a cabeceira num ângulo de 10°- 25°, com o objetivo de prevenir o risco de hipertensão abdominal, a edema facial e a broncoaspiração (Cruz-Sánchez et al.,2020). Ambas as orientações internacionais recomendam que VRG < 500ml e na ausência de outros sinais de intolerância a NE não deve ser interrompida (McClave et al.,2016; Singer et al.,2023), a ASPEN acrescenta e sugere que a avaliação do VRG não deve ser efetuada de modo rotineiro, como um cuidado de enfermagem. Ambas as orientações estão em sincronia na utilização de procinéticos na PSC com elevado risco de aspiração, a eritromicina é a medicação de primeira linha, e a metoclopramida posteriormente em combinação com a eritromicina (McClave et al.,2016; Singer et al.,2023).

Diarreia

A ASPEN (McClave et al.,2016) sugere que a NE não deve ser interrompida, deve ser continuada e avaliada a etiologia da diarreia para posteriormente determinar qual o tratamento adequado. De acordo com a mesma orientação, a avaliação da diarreia deve incluir exame abdominal, uma avaliação das fezes para determinar a presença de *Clostridium difficile* e análises laboratoriais para detetar perdas excessivas de eletrólitos.

Avaliação da glicemia

A hiperglicemia e a hipoglicemia não são referidas como complicações para a suspensão da NE, contudo são uma prioridade nos cuidados de enfermagem à PSC, dado que um controle adequado da glicemia permite evitar alterações metabólicas e suas consequências. Ambas as orientações internacionais recomendam a avaliação de glicemias capilares, contudo diferem em pequenos pormenores. A ASPEN (McClave et al., 2016) recomenda níveis de glicemia de 140-180mg/dl, valores superiores a 180mg/dl recomenda instituir

insulina em perfusão, contrariamente a ESPEN recomenda avaliações capilares de 4/4 horas nos primeiros dois dias, e que deve ser instituída a insulinoaterapia quando os níveis de glicemias ultrapassarem os 150-180mg/dl (Singer et al., 2023).

A ESPEN (Singer et al.,2023) refere ainda que a avaliação e o controle de glicemias podem ser efetuados seguindo diversas etapas:

- Colheita de sangue, preferencialmente venoso ou arterial, de modo a evitar as picadas;
- Uso de gasometrias;
- Insulina intravenosa continua através do uso de seringa infusora;
- Algoritmo de insulina.

Os cuidados de enfermagem são cada vez mais complexos, na qual a Qualidade e a Segurança do Doente e os Padrões de Qualidade devem ser uma premissa a ter em conta. Ambas contribuem para a redução de risco e para a melhoria dos cuidados.

O Ministério da Saúde (MS) através do Departamento da Qualidade na Saúde aprovou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) em 2015-2020, e com base nesta avaliação foi criado o plano 2021-2026 que se encontra em Diário da República sob o Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). O PNSD 2021-2026 (2021) encontra-se estruturado em cinco pilares:

1. Cultura de Segurança;
2. Liderança e governança;
3. Comunicação;
4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;
5. Práticas seguras em ambientes seguros.

Os cuidados de enfermagem à PSC com risco de desnutrição enquadram-se no último pilar. Este refere que o “contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que este representa para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança.” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 102). Deste modo, a implementação e a consolidação de práticas seguras permite garantir uma melhoria contínua da qualidade, sendo necessário desenvolver ações como a formação dos profissionais de saúde para promover a segurança da pessoa com défice no autocuidado alimentar.

O Enfermeiro Especialista em MC-PSC deve conciliar os cinco pilares da Qualidade e Segurança do Doente com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC. A implementação da IT e da Escala de Avaliação do Risco Nutricional, assenta nos seguintes Enunciados Descritivos: Prevenção de complicações; Bem-estar e o Autocuidado; e Organização dos Cuidados Especializados (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Os Estágios contemplados no Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem decorreram entre maio e junho de 2023 e de setembro de 2023 a janeiro de 2024, num total de 162 horas e 336 horas, respetivamente.

Em ambos os contextos de Estágio foram realizados Projetos de Intervenção, com a finalidade de atingir os objetivos e as competências comuns e específicas na área de Especialidade de EMC-PSC. Em contexto de Urgência foi realizado um Projeto de Intervenção (PI) e uma Sessão de Formação (SF) intitulada de “Boas Práticas de Enfermagem na Inserção e Manutenção do Cateter Vascular Central” (APÊNDICE I). Na UCIP desenvolvemos um PI sobre o tema da “Gestão Nutricional na Pessoa em situação crítica – Avaliação do Risco Nutricional”. Estes projetos traduzem assim a orientação a desenvolver em termos de competências comuns e específicas enquanto futura Enfermeira Mestre e Especialista na área EMC-PSC, e assim possibilitar e direcionar os estágios, de modo a responder às necessidades enquanto estudante.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O primeiro estágio decorreu no período de 22 de maio a 30 de junho de 2023 num serviço de urgência (SU) do Norte Alentejo. Este SU é designado de urgência de nível II médico-cirúrgico, cuja finalidade é assistir e prestar cuidados urgentes e emergentes a todas as pessoas que carecem de cuidados urgentes. De acordo com informação da enfermeira orientadora neste contexto as vias verdes utilizadas são a via Verde AVC e a Via Verde Coronária. Apresenta ainda uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

No que concerne à **estrutura física** o SU está localizado no segundo piso e dispõe de várias áreas, existe um espaço para os serviços administrativos, uma sala de espera e um gabinete de enfermagem onde é realizada a triagem de Manchester. Nesta sala existe uma passagem de acesso direto às urgências pediátricas. Após a triagem e segundo as prioridades designadas, a pessoa doente é encaminhada para o balcão azul/verde ou para o balcão amarelo/laranja, assim como dois gabinetes médicos que

dão apoio a ambos os balcões. A triagem das pessoas é assegurada por enfermeiros com formação específica em sistemas de triagem de prioridades, mas nem todos os enfermeiros que realizam triagem são especialistas em EMC-PSC, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Como parte integrante do SU existe ainda um espaço para a administrativa, uma sala de emergência, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de espera interior, uma sala de espera exterior, um gabinete de psiquiatria, um gabinete de medicina interna, um gabinete de ortopedia, duas casas de banho, uma para pessoas doentes e a outra para funcionários, um gabinete para o enfermeiro gestor, uma sala de enfermagem e duas salas de sujos e desinfeção.

A medicação que serve de apoio para os balcões e Serviço de Observação (SO) está armazenada e acondicionada em três equipamentos designados de Pyxis, sendo a sua localização física no balcão verde/azul, no balcão amarelo/laranja e o outro no corredor do SO. A medicação é repostada diariamente pelos técnicos de farmácia.

A sala de emergência situa-se numa zona central e em frente à sala de enfermagem, contudo este posto por vezes não é assegurado por enfermeiros especialistas em EMC-PSC conforme é recomendado pela OE (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

O SO é separado fisicamente por uma porta de correr, neste espaço existem duas salas com pessoas doentes em observação, da cama 1 à cama 15, duas salas com material diverso (armazém), um gabinete de medicina interna, um quarto, três casas de banho que servem de apoio à pessoa em observação, uma copa e uma zona limpa que contem as roupas limpas. Estas 15 camas são asseguradas por três enfermeiros nos três turnos (N/M/T).

Relativamente aos **recursos humanos**, a equipa de enfermagem é composta por 55 enfermeiros (incluindo o enfermeiro gestor), 35 assistentes operacionais e a equipa médica varia consoante os médicos escalados, salientado que alguns dos profissionais apenas tem contrato de prestação de serviços. Dos 55 enfermeiros, 12 são especialistas em EMC-PSC, 2 são especialistas em Comunitária, 3 especialistas em Reabilitação e 38 enfermeiros de cuidados gerais. A equipa de enfermagem apresenta-se dividida por 5 equipas, sendo que cada uma tem um chefe de equipa que coordena o turno. No turno da manhã e da tarde a equipa é constituída por 9 elementos, dos quais 3 enfermeiros ficam alocados no SO, 1 na triagem, 4 em balcão e 1 na sala de emergência, sendo este o chefe de equipa/turno. No turno da noite a equipa de enfermagem é composta por 7 elementos, 3 dos quais ficam no SO, 1 na triagem, 2 de balcão e 1 na sala de emergência. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho é feita semanalmente.

A OE recomenda uma fórmula para o cálculo de dotações seguras (Regulamento n.º 743/2019, 2019) e utiliza o “Posto de Trabalho (PT)” x “Horas de funcionamento por dia (HF/D)” x “número de dias de funcionamento por ano (NDF/A)” a dividir pelo período normal de trabalho por enfermeiro/ano (T):

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

Durante o período de estágio, por vezes, o número de enfermeiros era insuficiente para o elevado número de pessoas no SU. Contudo, nunca se verificou uma situação de exceção, em que houvesse necessidade de adequar os recursos humanos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Os registos de enfermagem eram realizados no programa informático SClínico. As pessoas que se encontravam em SO eram avaliadas as Escalas de Braden, as Escalas de Morse e a Monitorização da Dor, no sistema informático referido.

O modelo utilizado na Instituição é o de Nancy Roper, contudo é um modelo aplicado em serviços de internamento. O método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável, ou seja, o enfermeiro responsabiliza-se pelas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados à pessoa.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio final decorreu no período de setembro a janeiro, numa UCIP situada no Norte Alentejano. Esta foi fundada em 1977 e atualmente situa-se no segundo piso do Hospital X.

A população alvo é composta, maioritariamente, por pessoas que carecem de terapia intensiva para a manutenção das suas funções vitais, recebendo pessoas doentes provenientes da urgência, do Bloco Operatório, dos serviços de internamento (medicina e cirurgia) e de transferências inter-hospitalares, à exceção de pediatria. As principais patologias são do foro respiratório, cirúrgico, médico e traumatológico.

Quanto à sua **estrutura física**, esta situa-se no segundo piso do lado oposto do serviço de urgência. Atualmente, a UCIP integra a Unidade de Cuidados intensivos (com 4 camas e um quarto de isolamento) e a Unidade de Cuidados Intermédios (com 5 camas). A nível de instalações físicas, existem duas salas de internamento, dois balneários com casa de banho (feminino e masculino), uma copa, uma sala de serviços administrativos, uma sala de arrumos, uma sala médica, um gabinete de enfermagem, um armazém com materiais de consumo clínico, uma sala de sujos e desinfeção, uma

sala de enfermagem onde se encontram os dois Pyxis - sistema eletrónico de armazenamento de medicamentos, que disponibilizam a medicação por identificação biométrica.

Ambas as salas de internamento possuem uma organização espacial que permite a visualização de todos os utentes internados. Todas as camas possuem uma unidade funcional independente, unidade de monitorização com telemetria, rampa de ar, oxigénio e vácuo, e ventilador.

A UCIP possui dois monitores de técnicas dialíticas, um monitor de ecografia, um gasómetro, três ventiladores para ventilação não invasiva (dois V60 e um Vision), quatro aparelhos para realizar oxigenoterapia de alto fluxo, cinco ventiladores portáteis para transporte, um pacemaker provisório de aplicação externa e um aparelho de broncofibroscopia. Relativamente aos carros de emergência existem dois, um alocado à sala de cuidados intensivos e o outro à sala de cuidados intermédios, no qual a sua manutenção e verificação é feita diariamente pelo elo de ligação ao risco, na sua ausência pelo enfermeiro responsável de turno.

Em ambas as unidades (intensivos e intermédios) os monitores e os ventiladores permitem a transmissão direta de dados para o sistema informático, BSimple – PatientCare®, não sendo necessário o registo manual dos mesmos. Este sistema informático permite ainda a integração dos valores gasométricos, dados laboratoriais, imagiológicos e farmacêuticos.

Devido à reestruturação do serviço que foi feita devido à pandemia a equipa de enfermagem passa o turno na sala em que se encontra alocado (intensivos ou intermédios).

No que concerne aos **recursos humanos**, atualmente, a equipa de enfermagem é constituída por 30 elementos, 25 dos quais em horário de trabalho por turnos e 5 em turno fixo (manhã), sendo um destes elementos o Enfermeiro Gestor. A equipa de enfermagem apresenta 10 elementos com especialização em Enfermagem EMC-PSC, 3 elementos com especialização em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, 1 elemento com especialização em Reabilitação e 1 elemento com especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica. Dos 29 enfermeiros na prestação, 11% trabalham há mais de 20 anos em cuidados intensivos, e verifica-se que a maior percentagem (36%) se situa entre os 10 e os 14 anos de experiência profissional em cuidados intensivos.



Gráfico 1 – Anos de Experiência profissional em contexto de Cuidados Intensivos

Por norma, são 5 ou 6 enfermeiros na prestação de cuidados no turno da manhã, 4 na tarde e 4 na noite. O método de trabalho é o de enfermeiro responsável, baseado no processo de Enfermagem segundo o Modelo Teórico de Nancy Roper, adotado pela Instituição. Cada enfermeiro tem uma ou duas PSC, dependendo do nível de gravidade. O enfermeiro responsável, faz o acolhimento, identifica problemas, desenvolve ações com o objetivo da sua recuperação e avalia os resultados obtidos, através do aplicativo informático BSimple – PatientCare ®. Os registos de enfermagem e validação das intervenções de enfermagem são efetuados no BSimple – PatientCare ®.

Anteriormente, em época pré pandémica era utilizado o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), um sistema que tinha como base a quantificação das intervenções terapêuticas, a gravidade da doença e o tempo dispensado pela equipa de enfermagem para a realização de determinados procedimentos à PSC (Perão et al., 2014). Atualmente a distribuição da carga de trabalho é feita pelo enfermeiro gestor ou pelo responsável de turno, sendo o rácio enfermeiro/doente de 1 enfermeiro para 2 doentes. A OE recomenda a utilização da seguinte fórmula para efeitos de cálculo das dotações (Regulamento n.º 743/2019, 2019):

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

A equipa médica é constituída por médicos do quadro, sendo um deles o diretor clínico e os restantes com contratos em regime de prestação de serviços. Esta equipa integra diversas especialidades tais como: nefrologia, medicina intensiva, medicina interna, cirurgia, pneumologia e anestesiologia. Diariamente, estão de serviço pelo menos 2 médicos, um das 9 às 21 horas e outro 24 horas, porém este número durante a semana pode aumentar.

A equipa de assistentes operacionais é composta por 11 elementos com horário rotativo e 1 elemento de horário fixo (manhã). A UCIP possui ainda um assistente administrativo cujo horário é das 9h às 17h. em horário fixo permanente, das 09 horas às 17horas.

A realização do PI foi em contexto de UCIP, por se verificar a inexistência de protocolos relativamente à gestão nutricional, mais concretamente, à avaliação do risco nutricional. Prosseguimos no próximo capítulo à descrição do PI e às diversas etapas da metodologia de projeto.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO: GESTÃO NUTRICIONAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CUIDADOS INTENSIVOS

O PI foi elaborado a partir da Metodologia de Projeto com o intuito de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e aprimoramento da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A Metodologia de Projeto tem como finalidade a resolução de um problema identificado através da implementação de estratégias e intervenções para a resolução do mesmo (Ruivo et al., 2010). Tal como o nome indica o “trabalho projeto tem como objetivo central a análise e a resolução de problemas em equipa, através de diversas técnicas que permitem a recolha, obtenção e análise de informação” (Ruivo et al., 2010, p. 4). A Metodologia de Projeto é constituída pelas seguintes fases: elaboração do diagnóstico da situação; definição dos objetivos; planeamento das atividades; execução das atividades planeadas; avaliação e divulgação dos resultados obtidos. (Ruivo et al., 2010). Todo este processo é flexível e dinâmico que se vai adaptando e reorganizando ao longo de toda a intervenção sempre que for necessário e pertinente (Ruivo et al., 2010).

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira fase da metodologia de projeto, com o objetivo de elaborar um mapa cognitivo sobre o problema identificado, de modo a desenvolver estratégias e ações que possam satisfazer as necessidades da população identificada (Ruivo et al., 2010). O diagnóstico da situação envolve quatro etapas (1) “identificação do problema existente”; (2) “estudo da evolução prognóstica”; (3) “estudo da rede de causalidade dos problemas” e (4) “determinação das necessidades” (Ruivo et al., 2010, p.11).

Segundo as autoras supracitadas, a etapa do diagnóstico da situação além de identificar a problemática e estabelecer as necessidades, deve analisar o contexto no qual

o problema se insere. Neste sentido foi necessário **avaliar a necessidade de mudança da prática** (Larrabee, 2009), esta avaliação decorreu durante as duas primeiras semanas de estágio, após entrevistas exploratórias não estruturadas com a enfermeira orientadora, o enfermeiro gestor e com alguns elementos da equipa de enfermagem, na qual se verificou a inexistência e desconhecimento acerca dos referenciais da DGS e das orientações internacionais (ESPEN e ASPEN) sobre a avaliação do risco nutricional na PSC nas primeiras 48h da admissão. Assim a problemática deste PI relacionou-se com a necessidade, por parte da equipa de enfermagem, em avaliar o Risco Nutricional da PSC em Cuidados Intensivos. Deste modo, e atendendo à importância da melhoria da qualidade dos cuidados na promoção da segurança do doente, o enfoque incidiu sobre a implementação da escala de avaliação do risco nutricional no programa informático BSimple-PatientCare® e a elaboração de uma IT que uniformizasse os cuidados de enfermagem à PSC com risco de desenvolver desnutrição.

Após a obtenção das respostas, por parte dos enfermeiros foi efetuado um questionário no Google Forms de tipologia fechado, dividido em duas seções, uma para a caracterização demográfica da equipa e outra para o conhecimento das escalas da avaliação do risco nutricional.

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UCIP

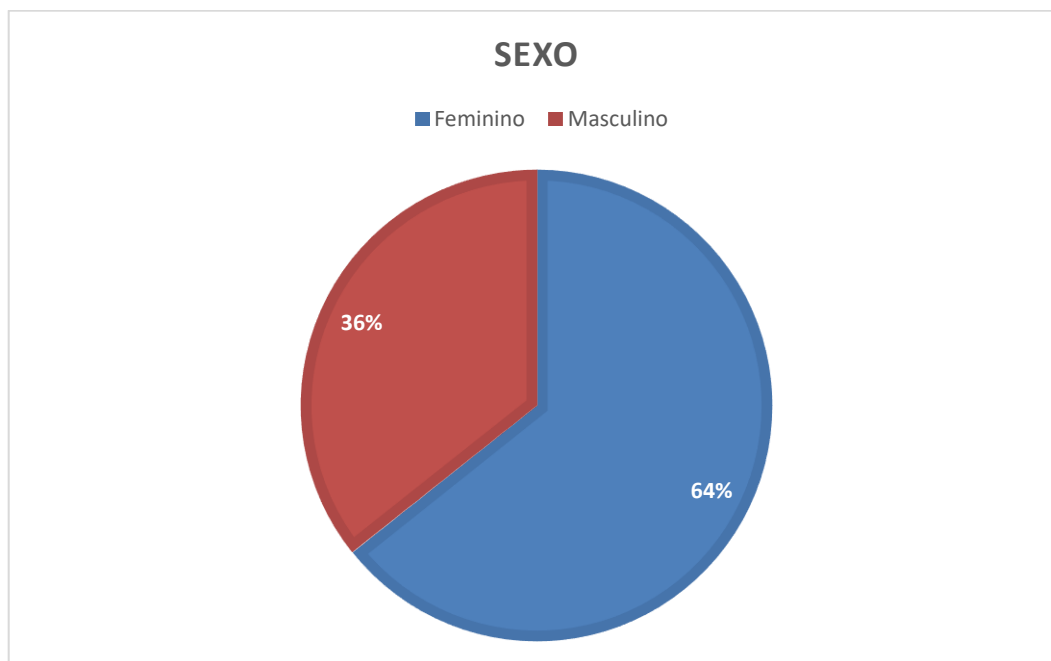


Gráfico 2 – Caracterização demográfica da equipa de enfermagem da UCIP (Sexo)

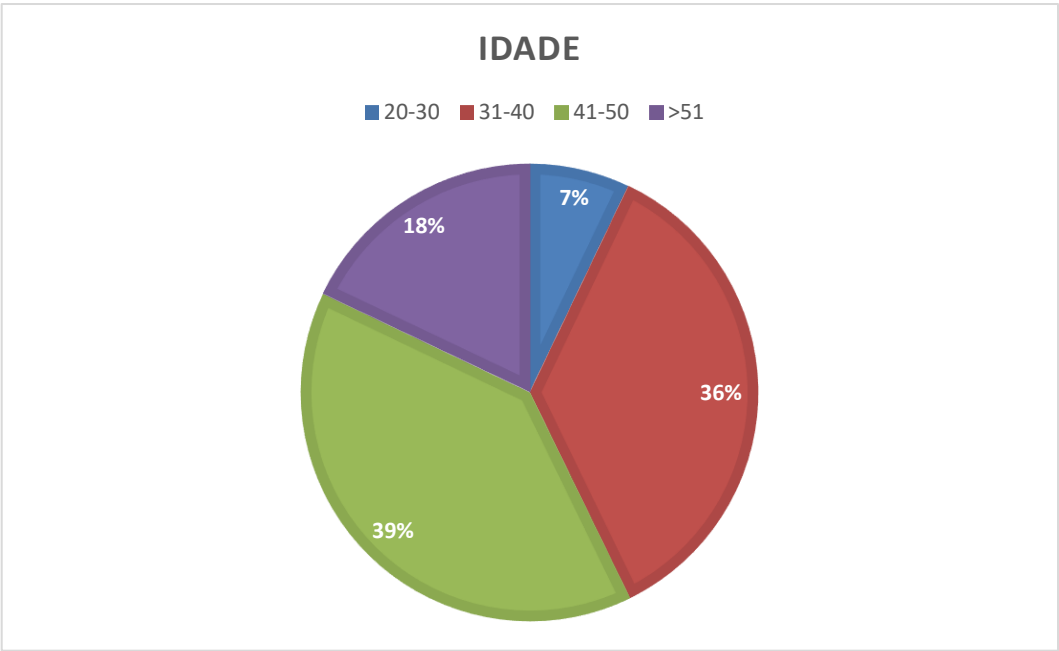


Gráfico 3 – Caraterização demográfica da equipa de enfermagem da UCIP (Idade)

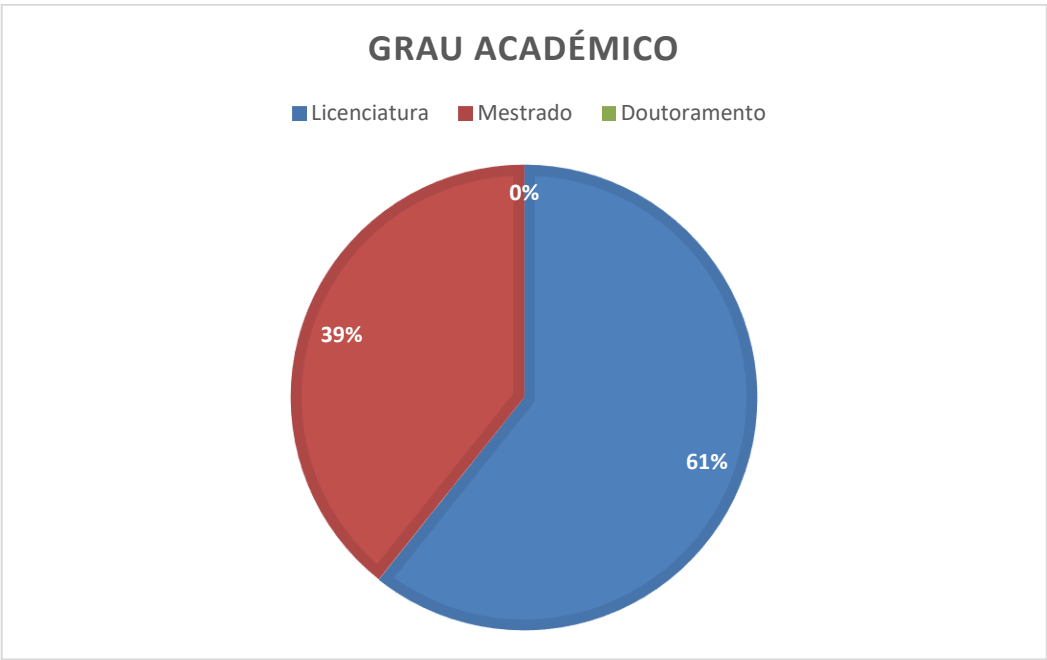


Gráfico 4 – Caraterização demográfica da equipa de enfermagem da UCIP (Grau Académico)

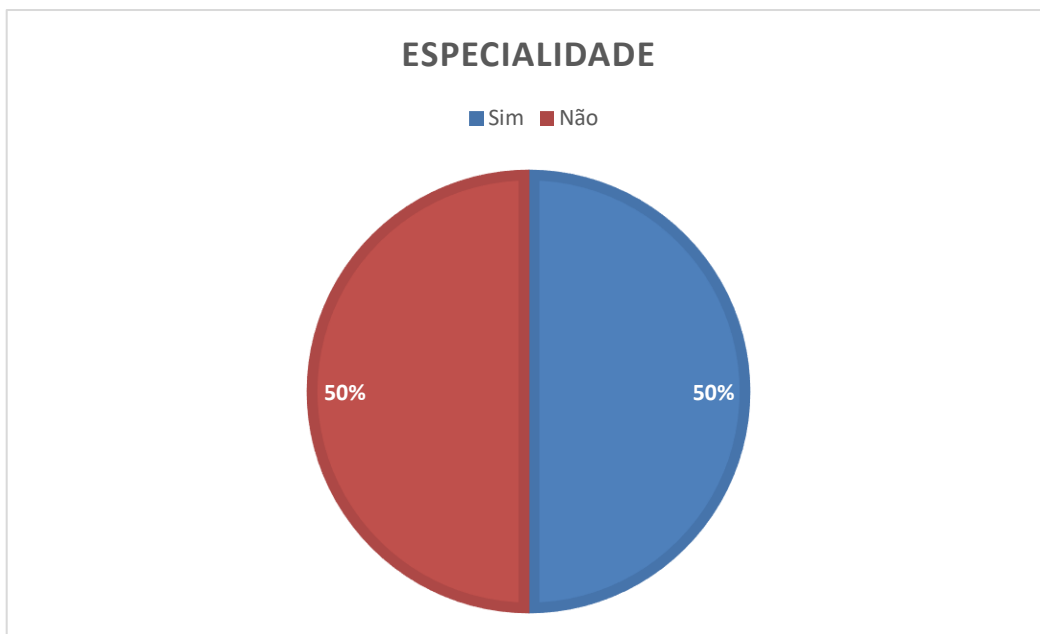


Gráfico 5– Caraterização demográfica da equipa de enfermagem da UCIP (Especialidade)

Dos 50% com especialidade, 10 enfermeiros são especialistas em EMC-PSC, 1 enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e 3 enfermeiros de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

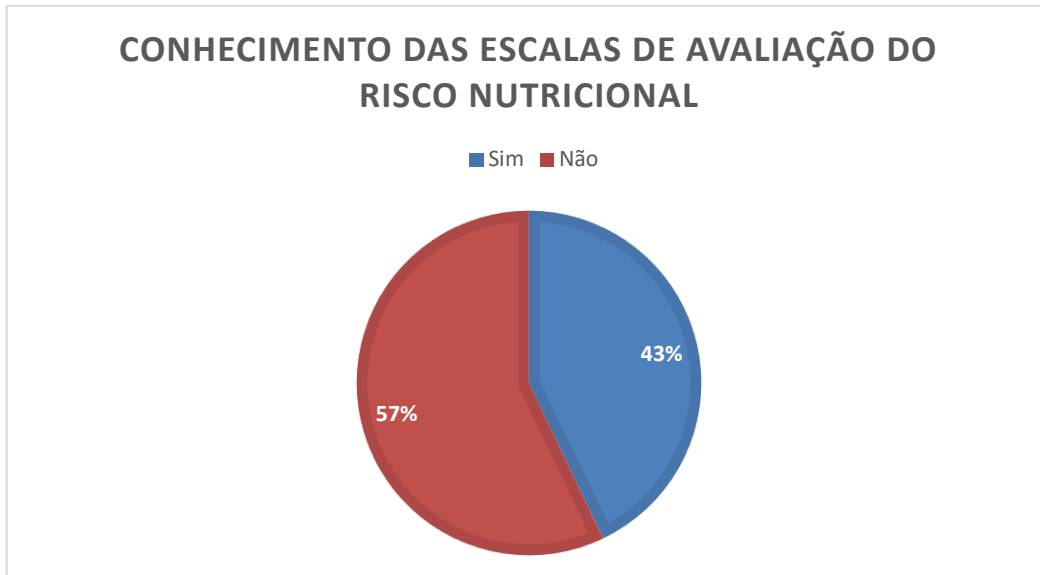


Gráfico 6 – Conhecimento das Escalas de Avaliação do Risco Nutricional

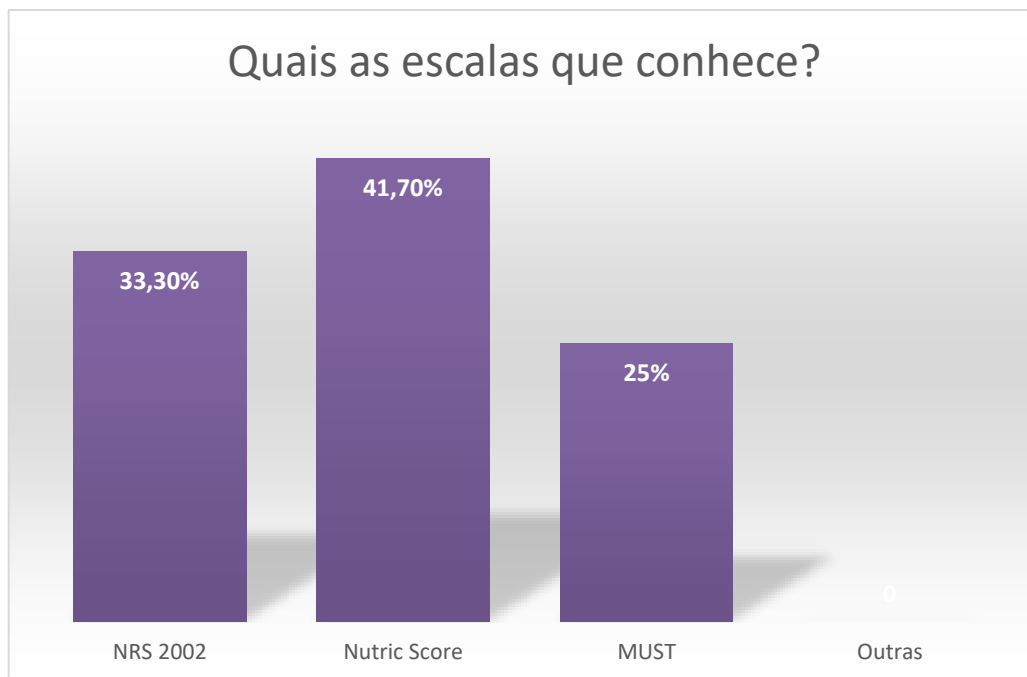


Gráfico 7 – Escalas de Avaliação do Risco Nutricional

Quando os profissionais foram questionados relativamente ao conhecimento das escalas 41,7% conhecia a escala Nutric Score e 33,3% conhecia a NRS 2002.

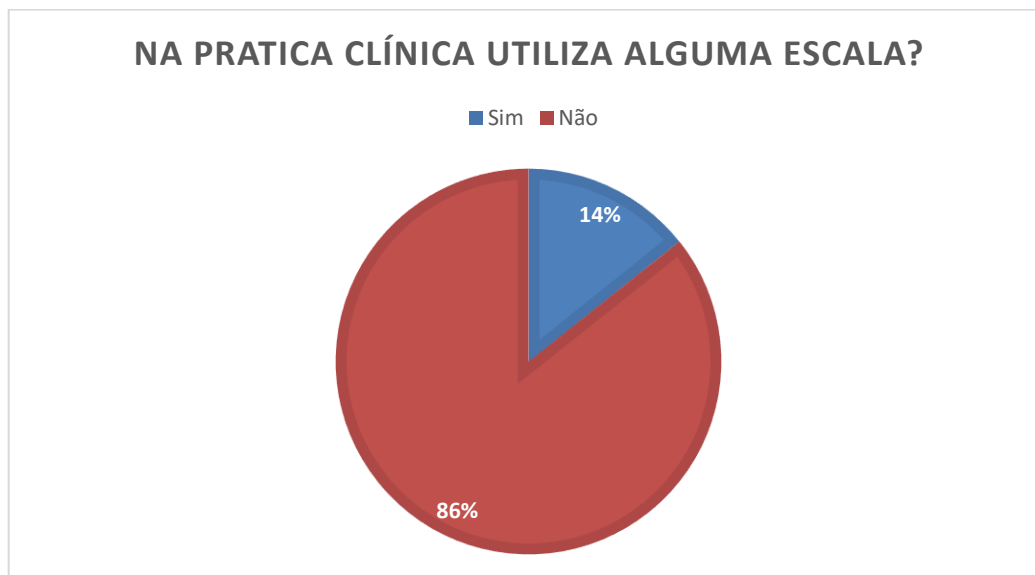


Gráfico 8 - Utilização na prática clínica de uma Escala de Avaliação do Risco Nutricional

Apesar de 43% (n=12) dos elementos ter conhecimento das escalas de avaliação do risco nutricional 86% (n=24) não utiliza qualquer escala de avaliação do risco nutricional.

Após a análise dos gráficos podemos depreender que apesar de 43% dos enfermeiros ter conhecimento sobre as escalas existentes, um 57% dos enfermeiros desconhece a existência de escalas para avaliar o risco nutricional, sendo assim necessário colmatar essa lacuna através de formação e informação sobre as práticas mais atualizadas referente a este autocuidado na PSC.

Por fim, outra forma utilizada para realizar a identificação da problemática no PI foi a análise SWOT que “baseia-se num exercício de ordenamento através de um quadro, subdividido em quadrantes, sendo estes constituídos pelas fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. Este mesmo método permite a reflexão e a confrontação com os fatores positivos e negativos identificados (...)” (Ruivo et al., 2010, p.14). Através da análise desta ferramenta foi possível analisar e refletir sobre os fatores positivos e negativos associados ao problema identificado que condicionam a análise da problemática (Ruivo et al., 2010). Para analisar o potencial deste projeto, procedemos à análise SWOT que permitiu compreender quais os fatores que podiam interferir e alterar a realização deste PI.

AMBIENTE INTERNO	
FORÇAS (+) • Temática pertinente no serviço pela existência de PSC com NE e sem avaliação do risco nutricional; • Ausência de Protocolos/Instruções de Trabalho (IT) sobre a avaliação do risco nutricional; • Problemática relacionada com a segurança da PSC; • Melhoria da qualidade dos cuidados e prevenção de complicações; • Consentimento da enfermeira orientadora e do enfermeiro gestor.	FRAQUEZAS (-) • Pouca consciencialização e formação dos médicos e enfermeiros sobre a importância da avaliação do risco nutricional na pessoa em situação crítica; • Desconhecimento sobre as escalas de avaliação do risco nutricional; • Dificuldade na colaboração da equipa médica da UCIP. • Resistência à mudança de comportamentos.
OPORTUNIDADES (+) • Existência de diretrizes internacionais (ASPEN e ESPEN) atualizadas para avaliação do risco nutricional na pessoa em situação crítica;	AMEAÇAS (-) • Formação na área da nutrição na pessoa em situação crítica que inclui custos para os profissionais. • Ausência de recursos materiais (balança, fita métrica) que dificultem a Avaliação do Risco Nutricional

• Ganhos em saúde através da prevenção de complicações, associadas à permanência em UCI; • Referenciais da DGS • Problemática que influencia índices de mortalidade, morbidade e tempo de permanência hospitalar; • Estímulo à prática baseada na evidência; • Incorporado nos Padrões de Qualidade de Enfermagem que abrange as habilidades de avaliação da pessoa em situação crítica, por parte do enfermeiro especialista;	
AMBIENTE EXTERNO	

Quadro 1 – Análise SWOT Autoria : a própria

Analisando a ferramenta SWOT, verificámos que existem mais fatores positivos que favorecem o desenvolvimento do PI e motivam a sua implementação. Para tal, foi necessário delinear e definir os objetivos.

3.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

A definição dos objetivos é a segunda etapa na metodologia de projeto. Os objetivos indicam os resultados que se pretendem alcançar com uma determinada intervenção, ou seja, são “representações antecipatórias centradas na acção” (Ruivo et al.,2010, p.18). Estes são elaborados desde o mais geral para o mais específico e devem ser claros, concisos, mensuráveis e em número reduzido (Ruivo et al.,2010).

Após a identificação da problemática na UCIP este PI tem como **objetivo geral**:

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados na pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos.

Como **objetivos específicos** forma delineados os seguintes:

1. Realizar uma *Scoping Review* (SR) segundo o método preconizado pelo Joanna Briggs Institute;
2. Realizar uma Sessão de Formação (SF) à equipa multidisciplinar para explicar a importância da avaliação do risco nutricional à pessoa em situação crítica;
3. Elaborar uma proposta de Instrução de Trabalho (IT) que defina as intervenções de enfermagem na utilização da escala Nutric Score;
4. Introduzir a escala Nutric Score no sistema informático BSimple – PatientCare®.

Os objetivos específicos deste PI estão delineados com fundamento nos enunciados descritivos da OE que foram definidos pelo Colégio da Especialidade de EMC-PSC em 2017 que revogou o Regulamento n.º 361/2015 (2015). Sendo eles:

- a) “A prevenção de complicações”;
- b) “Bem-estar e o Autocuidado”
- c) “Organização dos cuidados de especializados”.

3.3. PLANEAMENTO

O planeamento é a terceira etapa da Metodologia de Projeto. Nesta etapa elaborou-se um plano detalhado do projeto, onde foram delineadas as atividades e estratégias para que fosse possível alcançá-lo. Por cada objetivo específico delineado está associado um conjunto de atividades, estratégias e meios, que serão descritas ao longo deste subcapítulo.

O conceito do PI foi apresentado e discutido com o diretor clínico, a enfermeira orientadora, com o enfermeiro gestor da UCIP e com o serviço de Nutrição e Dietética. Mediante aprovação verbal dos envolvidos, formalizámos o pedido de autorização ao Conselho de Administração (CA) do respetivo hospital para realização do PI (APÊNDICE II) ao Exmo. Sr. Presidente do CA, o qual se manifestou conjuntamente com a Comissão de Ética autorizando a realização do PI (APÊNDICE III).

De mencionar que este pedido foi oficialmente formalizado após apresentação do pré projeto à Sra. Professora Dulce Santiago e restantes docentes do VII Curso de Mestrado em Enfermagem, na área da EMC-PSC.

Objetivo específico 1 - Realizar uma *Scoping Review* (SR) segundo o método preconizado pelo Joanna Briggs Institute;

Atividades/estratégias desenvolvidas:

- Realiza uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados CINAHL e MEDLINE via EBSCOHost;
- Realiza uma pesquisa bibliográfica das diretrizes internacionais ASPEN e ESPEN;
- Realiza uma pesquisa bibliográfica das diretrizes nacionais, através da DGS e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos;
- Identifica estudos relevantes sobre a temática em estudo;
- Consulta o manual da Joanna Briggs Institute (JBI) para conhecimento do método de elaboração SR;
- Realiza uma SR sobre a temática;
- Entrega da SR para avaliação.

Meios:

- Humanos: Discente; Docente Orientadora;
- Materiais: Computador com acesso à internet, Manual JBI; Diretrizes da ESPEN e ASPEN;
- Tempo: novembro de 2023 e janeiro de 2024.

Indicador de avaliação:

- Apresentar uma SR sobre o suporte nutricional adequado da pessoa em situação crítica em contexto de UCI.

Objetivo específico 2 - Realizar uma sessão de formação à equipa multidisciplinar para explicar a importância da avaliação do risco nutricional à pessoa em situação crítica

Atividades/estratégias desenvolvidas:

- Realiza uma pesquisa bibliográfica sobre o tema da SF;
- Utiliza alguns dados obtidos através da SR;
- Elabora um plano de SF;
- Seleciona os conteúdos para a SF;
- Elabora a SF;
- Apresenta a SF à Docente Orientadora, Enfermeira Orientadora e ao Enfermeiro Gestor da UCIP;
- Marca a SF com o enfermeiro responsável da formação em serviço;

- Divulga a SF através do email da instituição e outros meios de comunicação (Whatsapp);
- Apresenta a SF à equipa multidisciplinar através de plataforma digital;
- Apresenta questionário de avaliação da SF.

Meios:

- Humanos: Enfermeira Orientadora; Enfermeiro Gestor; Docente Orientadora; Discente; Enfermeiro responsável pela formação em serviço;
- Materiais: Computador com acesso à internet;
- Tempo: dezembro de 2023 a janeiro 2024.

Indicador de Avaliação:

- Apresentar a SF a pelo menos 50% da equipa de enfermagem.

Objetivo específico 3 - Elaborar uma proposta de Instrução de Trabalho (IT) que defina as intervenções de enfermagem na utilização da escala NUTRIC Score

Atividades/estratégias desenvolvidas:

- Realiza uma pesquisa bibliográfica sobre as normas da DGS, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, ASPEN e ESPEN
- Utiliza alguns dados obtidos através da SR;
- Elabora uma proposta de IT;
- Contacta o Gabinete de Formação e Qualidade da Instituição;
- Discute a proposta de IT com a Docente Orientadora, a Enfermeira Orientadora e o Enfermeiro Gestor da UCIP;
- Divulga a proposta de IT à Docente Orientadora, à Enfermeira Orientadora e ao Enfermeiro Gestor da UCIP;
- Disponibiliza a proposta de IT à Enfermeira Orientadora e ao Enfermeiro Gestor da UCIP.

Meios:

- Humanos: Enfermeira Orientadora; Enfermeiro Gestor; Docente Orientadora; Discente
- Materiais: Computador com acesso à internet;

- Tempo: janeiro 2024.

Indicador de avaliação:

- Apresentar a proposta de IT sobre Avaliação do Risco Nutricional.

Objetivo específico 4 - Introduzir a escala Nutric Score no sistema informático BSimple – PatientCare®

Atividades/estratégias desenvolvidas:

- Solicita autorização ao Diretor Clínico da UCIP
- Solicita autorização ao Enfermeiro gestor da UCIP;
- Solicita ao enfermeiro que funciona como elo de ligação com o sistema informático (BSimple-PatientCare®) para a introdução da Escala Nutric Score;

Meios:

- Humanos: Discente; Diretor Clínico UCIP; Enfermeiro Gestor; Enfermeira Orientadora; Enfermeiro Elo de ligação ao sistema informático;
- Materiais: Computador com acesso à internet;
- Tempo: dezembro 2023 a janeiro de 2024.

Indicador de avaliação:

- Introduzir a Escala NUTRIC Score no sistema informático BSimple – PatientCare ®.

3.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO INTERMÉDIA

Na fase de execução é onde tudo se materializa e é colocado “...em prática tudo o que foi planeado...” (Ruivo et al., 2010, p. 23). Durante esta etapa surgiram dificuldades e constrangimentos que obrigaram a pequenos ajustes ao PI, dando início à avaliação intermédia. Nesta fase foi necessário “...(re) planejar, (re) elaborar, (re) produzir...” (Ruivo et al., 2010, p.25) de modo a realizar os ajustes necessário à concretização do PI.

Conforme é referido pelas autoras, esta etapa é a mais trabalhosa, na qual se adquirem aprendizagens e se desenvolvem competências (Ruivo et al., 2010). Deste

modo, é apresentado de forma descritiva todas as atividades realizadas que permitiram ultrapassar as dificuldades e constrangimentos.

Objetivo específico 1 – Realizar uma Scoping Review segundo o método preconizado pelo Joanna Briggs Institute;

Após análise do manual da JBI para a realização da SR (Peters et al., 2020), foi definida a pergunta de investigação tendo como base a mnemónica PCC: “Quais as características do suporte nutricional (C) adequado ao doente crítico (P) com ventilação mecânica internado em cuidados intensivos (C)?”. No qual o (P) refere-se aos participantes do estudo, o (C) conceito, e por fim o contexto (C).

O objetivo da SR foi definido como: Caracterizar o suporte nutricional adequado ao doente crítico com ventilação mecânica em cuidados intensivos.

Para a execução deste objetivo foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados CINAHL e MEDLINE recorrendo à EBSCOHost e às diretrizes internacionais da ASPEN e ESPEN. A escolha do tema dependeu da necessidade de aprimorar conhecimentos, nomeadamente no que diz respeito ao suporte nutricional adequado da pessoa em situação crítica, com a finalidade de compreender de que modo é possível otimizar o fornecimento ideal de calorias e proteínas à pessoa em situação crítica (Compher et al., 2022; Matejovic et al., 2022; Singer et al., 2023).

A pesquisa foi efetuada utilizando os seguintes descritores e devidamente ajustada a cada base de dados pesquisada, conforme recomendado pelo JBI. : “*Suporte Nutricional*”, “*Necessidades Nutricionais*”, “*Pacientes Críticos*”, “*Respiração Artificial*”, “*Nutrição Enteral*” e “*Unidades de Cuidados Intensivos*”, utilizando os seguintes operadores booleanos, AND, OR e NOT (APÊNDICE IV).

Da pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados (CINAHL e MEDLINE) no horizonte temporal de 2006 a 2023, resultaram 300 artigos. Destes foram removidos 68 artigos duplicados. Após análise de título e resumo, foram removidos 169 artigos, 45 artigos foram analisados na íntegra e após este processo, foram incluídos na SR 7 artigos e 2 *guidelines* desenvolvidas pela ASPEN e ESPEN, conforme consta do fluxograma PRISMA 2020 (Page et al., 2021) (APÊNDICE V). Todos os artigos incluídos cumpriam com os seguintes **critérios de inclusão**:

- Adultos em situação crítica com idade igual ou superior a 18 anos, com ventilação mecânica;
- Suporte nutricional por via entérica;

➤ Contexto de cuidados intensivos.

Foi elaborado uma SR, em forma de artigo científico com o título “Suporte Nutricional da Pessoa em Situação Crítica com Ventilação Mecânica em Cuidados Intensivos, cujo resumo se encontra em apêndice (APÊNDICE VI). A elaboração da SR permitiu-nos, ainda, **localizar as melhores evidências e fazer uma análise crítica das evidências** (Larrabee, 2009).

A elaboração da SR possibilitou aumentar o conhecimento sobre o tema e identificar as *guidelines* que contribuíram para a realização da SF e da IT. Possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos na temática e transmitir os conhecimentos adquiridos na SF. Após a **análise crítica da evidência** e seguindo o MMPBE (Larrabee, 2009), a próxima etapa será **projetar a mudança da prática** através de implementação de instruções de trabalho (IT), com a finalidade de mudar a prática e fornecer cuidados de qualidade baseados na evidência.

Objetivo específico 2 - Realizar uma sessão de formação à equipa multidisciplinar para explicar a importância da avaliação do risco nutricional à pessoa em situação crítica.

Para a execução deste objetivo recorremos a toda a pesquisa bibliográfica já efetuada e aos resultados obtidos na SR, com a finalidade de fornecer conteúdos atuais e baseados na evidência, dando assim início à 4ª etapa do MMPBE, **Projetar a mudança da prática** (Larrabee, 2001).

Posteriormente, foi elaborado um plano de sessão (APÊNDICE VII) que foi validado pela enfermeira orientadora e pelo enfermeiro gestor da UCIP, e realizou-se a formação em PowerPoint. Neste ponto surgiu o primeiro constrangimento relativamente à avaliação do risco nutricional na pessoa em situação crítica, com a utilização da escala Nutric Score. A equipa de enfermagem defendia a utilização da escala NUTRIC Score, contudo após diálogo com diretor de serviço da UCIP, este verbalizou dificuldade por parte da equipa médica no preenchimento dos índices APACHE e SOFA. Esta dificuldade depreendia-se pelo facto da maioria dos médicos serem externos e se encontrarem em regime de prestação de serviços. Neste momento foi necessário dialogar com o Enfermeiro Gestor e a Enfermeira Orientadora, de forma a encontrar uma solução e fazer alguns ajustes. Assim, na SF foram apresentadas duas escalas de avaliação do Risco Nutricional, ficando posteriormente para ser decidido pela equipa de enfermagem qual seria utilizada, uma vez que por parte da equipa médica existia dificuldade na cooperação do preenchimento da escala Nutric Score.

A SF foi realizada com recurso a uma apresentação em PowerPoint no dia 18 de janeiro de 2024 às 17h com duração de 1h, em plataforma digital, com a presença da enfermeira orientadora, do enfermeiro gestor da UCIP e restantes elementos da equipa de enfermagem perfazendo um total de 27 enfermeiros da UCIP.

Assim, foi elaborada a SF cujo **objetivo geral** era que a equipa de enfermagem conseguisse:

- Compreender a importância de avaliar o risco nutricional na pessoa em situação crítica em contexto de UCI.

E os **objetivos específicos** da SF foram:

- Conhecer as escalas NRS 2002 e NUTRIC Score para identificação do risco nutricional na PSC;
- Identificar a diferença entre ambas as escalas de avaliação do risco nutricional;
- Reconhecer a importância do registo da avaliação do risco nutricional.

No final da SF foi enviado para o enfermeiro responsável da formação o link do questionário elaborado no Google Forms e a SF em PowerPoint em formato digital. O questionário foi construído pela estudante e avaliou os seguintes aspetos, organização da ação de formação, domínio do formador e avaliação dos conteúdos lecionados, sendo que neste ponto era avaliada a pertinência do tema e a aquisição de novos conhecimentos.

Em Anexo consta o certificado de formação enquanto formadora da SF “Avaliação do Risco Nutricional na Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos”. (ANEXO A)

Objetivo específico 3 - *Elaborar uma proposta de Instrução de Trabalho (IT) que defina as intervenções de enfermagem na utilização da escala NUTRIC Score*

Para a realização deste objetivo, como foi referido nos anteriores, recorreu-se a toda a pesquisa bibliográfica já efetuada e aos resultados obtidos na SR, com a finalidade de fornecer conteúdos relevantes e baseados na evidência. Contudo, este foi o objetivo que sofreu alterações devido à dificuldade no preenchimento de dados médicos, tais como o SOFA e o APACHE, na escala Nutric Score. Após a realização da SF e em concordância com os restantes elementos da equipa de enfermagem da UCIP, incluindo a enfermeira orientadora, enfermeiro gestor e docente orientadora, optou-se pelo

preenchimento da escala NRS 2002. Deste modo, o objetivo sofreu uma ligeira alteração e foi apresentada uma proposta de IT que incidiu sobre a Escala NRS 2002.

Posteriormente foi elaborado uma proposta de IT, tendo como base a escala NRS 2002, para avaliação do risco nutricional e apresentado e disponibilizado à equipa de enfermagem da UCIP. A IT foi disponibilizada ao Enfermeiro Gestor em formato digital. Até ao término do estágio a IT não tinha sido aprovada.

Objetivo específico 4 - *Introduzir a escala Nutric Score no sistema informático BSimple – PatientCare®*

Para a execução do objetivo delineado foi necessário propor a introdução da Escala Nutric Score e da NRS 2002 no sistema informático. Para tal, anteriormente foi imprescindível dialogar com o Diretor Clínico, o Enfermeiro Gestor, a Enfermeira Orientadora, o Serviço de Nutrição e Dietética e com o Enfermeiro responsável por estabelecer o contato com os programadores do sistema informático.

A necessidade de introduzir a escala NRS 2002 surgiu após a SF e em concordância com a enfermeira orientadora e o enfermeiro gestor. Ambos concordaram que seria a escala mais adequada, tendo em conta que não ficariam dependentes do preenchimento de dados médicos, como na escala Nutric Score. Ambas as escalas ficaram introduzidas no término do estágio.

3.5. AVALIAÇÃO FINAL

Nesta etapa é possível analisar e perceber se os objetivos definidos inicialmente foram atingidos e identificar pontos positivos e negativos do PI (Ruivo et al.,2010). Esta etapa equipara-se à etapa do MMPBE “**Implementar e avaliar a mudança da prática**” (Larrabee, 2009), na qual se recomenda a implementação do PI, assim como a avaliação e os resultados obtidos. Após este procedimento é possível formular as conclusões para posteriormente divulgar as recomendações.

Deste modo, prossegue-se de forma descritiva à análise das atividades e estratégias utilizadas e à avaliação dos objetivos previamente delineados, com base nos indicadores de avaliação.

Para atingir o primeiro objetivo específico - ***Realizar uma Scoping Review segundo o método preconizado pelo Joanna Briggs Institute***, foram efetuadas pesquisas em bases de dados e consultadas as diretrizes da ASPEN e ESPEN

atualizadas e direcionadas para a pessoa em situação crítica. Após a pesquisa foram selecionados os estudos adequados à realização do artigo científico, possibilitando deste modo a sua realização (APÊNDICE VIII). Assim é passível afirmar que o objetivo delineado inicialmente foi alcançado através das atividades/estratégias delineadas.

Relativamente ao segundo objetivo específico - **Realizar uma sessão de formação à equipa multidisciplinar para explicar a importância da avaliação do risco nutricional à pessoa em situação crítica**, as atividades e estratégias delineadas desenvolvidas permitiram alcançar o objetivo delineado.

De acordo com o indicador de avaliação, o objetivo foi alcançado com sucesso, uma vez que estiveram presentes 27 enfermeiros da UCIP, sendo superior aos 50% estipulados no indicador, perfazendo um total de 90%. Contudo, dos 27 enfermeiros presentes somente 16 responderam ao questionário da avaliação da SF.

As avaliações foram unânimes com uma média de avaliação no item “muito bom” que correspondia ao valor 4, sendo o valor máximo numa escala de *Likert* de 1-4. Por último, foi feita uma avaliação genérica da formação onde 56,3% avaliaram a formação em 18 valores 0 – 20 valores).

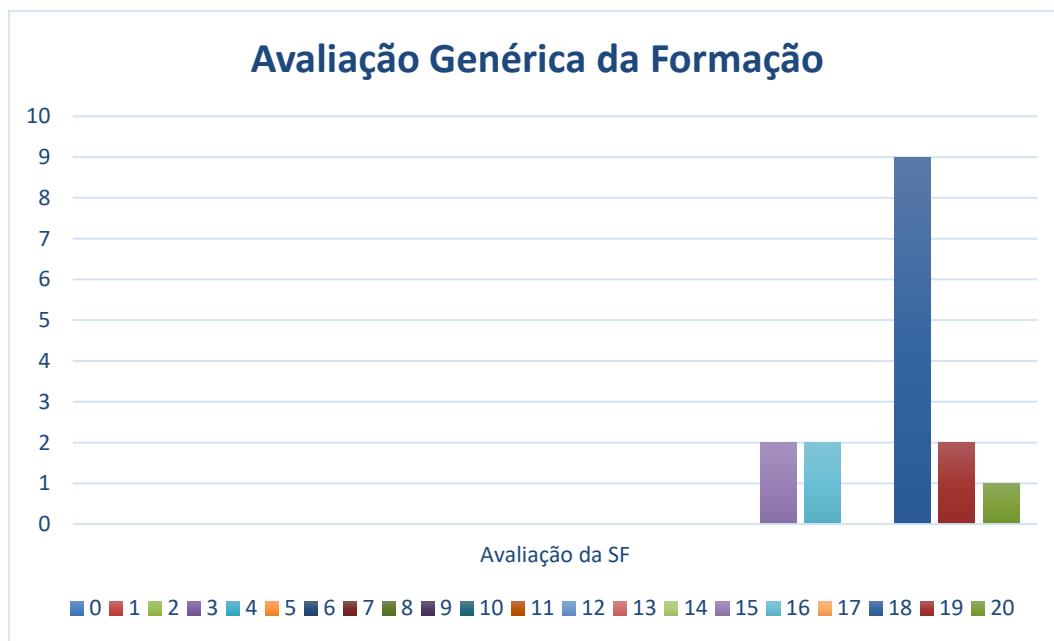


Gráfico 9 – Avaliação genérica da Formação

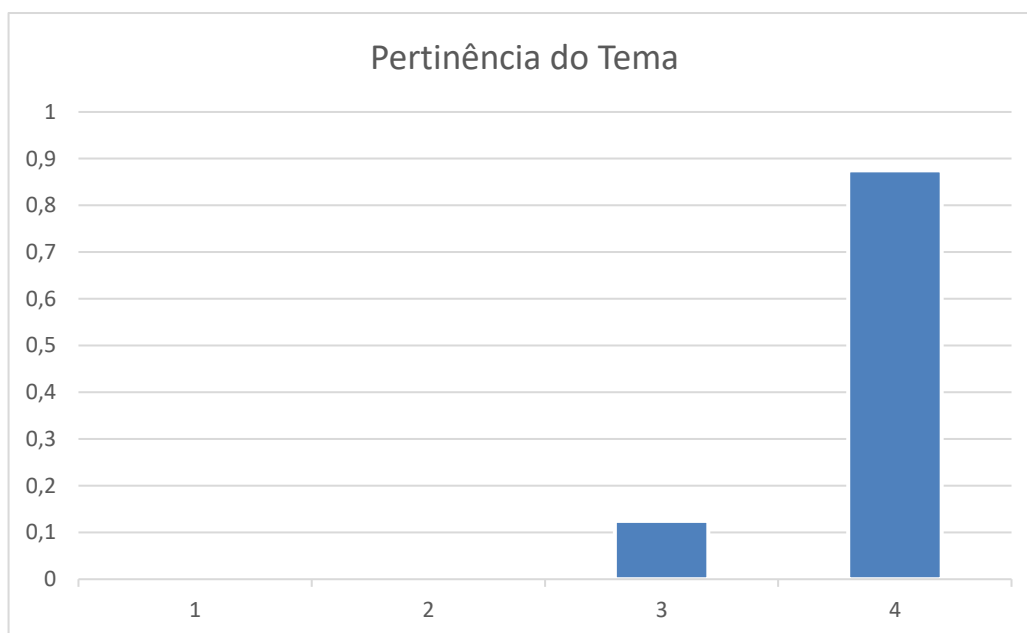


Gráfico 10 – Pertinência do tema

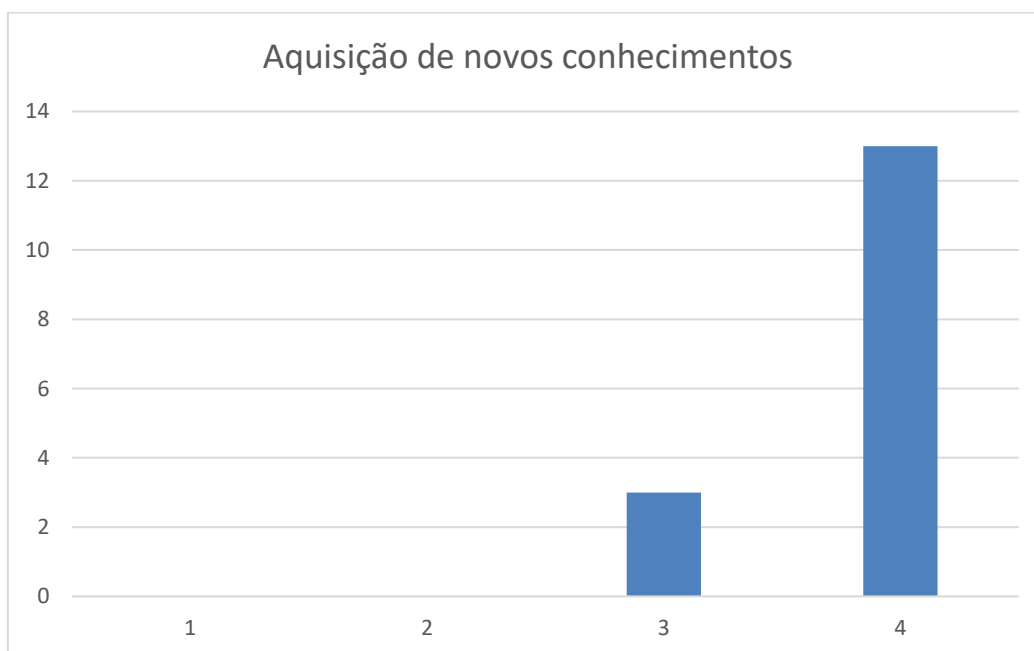


Gráfico 11 – Aquisição de Conhecimento acerca das Escalas de Avaliação do Risco Nutricional

Relativamente à pertinência do tema, 87,5% dos enfermeiros acharam que o tema era pertinente e de interesse na sua prática clínica diária e 81,3% adquiriram conhecimentos acerca das escalas de avaliação do risco nutricional.

Através da análise dos gráficos é possível concluir que a temática analisada e apresentada na SF é pertinente e útil na prática clínica. Concluimos, assim que os objetivos propostos foram alcançados.

O terceiro objetivo específico - **Elaborar uma proposta de Instrução de Trabalho (IT) que defina as intervenções de enfermagem na utilização da escala NUTRIC Score**, não foi possível atingir na íntegra, foi necessário delinear novas atividades/estratégias para que fosse possível a sua execução e avaliação. Contudo o objetivo foi reformulado, sendo assim possível atingir o indicador de avaliação e apresentar uma escala que permitisse avaliar o risco nutricional na pessoa em situação crítica. Apesar de no decorrer do estágio não ter sido possível implementar a IT, caso fosse necessário fazer uma avaliação da sua implementação seria necessário fazer o levantamento e perceber a proporção de pessoas doentes submetidas a rastreio para identificação do risco nutricional na admissão até às primeiras 24h (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2018).

Relativamente ao último objetivo específico - **Introduzir a escala Nutric Score no sistema informático BSimple – Patient Care®**, foi efetuada entre dezembro de 2023 e janeiro de 2024 a introdução das escalas de avaliação do risco nutricional, primeiramente a NUTRIC Score e posteriormente a NRS 2002, respetivamente. No final do estágio, alguns enfermeiros efetuavam a avaliação do risco nutricional recorrendo somente à escala NRS2002. A concretização deste objetivo foi alcançada com sucesso.

3.6. DIVULGAÇÃO DO RESULTADOS

Após a realização e implementação de um PI é de extrema importância a divulgação dos resultados obtidos. Esta divulgação é a etapa final da Metodologia de Projeto, onde se dá a conhecer o que foi realizado e quais as atividades/estratégias utilizadas (Ruivo et al., 2010). Na área da saúde a implementação de um PI “(...) assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados (...)” (Ruivo et al., 2010, p.31). A sua divulgação pode ser efetuada através de relatórios, eventos científicos, posters, artigos científicos, entre outros (Ruivo et al., 2010).

A última etapa da metodologia de projeto equipara-se à sexta etapa do MMPB, **“Integrar e manter a mudança da prática”**, na qual se divulga os resultados para que a mudança da prática nos cuidados seja perpetuada (Larrabee, 2009).

Partindo deste princípio da metodologia de projeto, a elaboração do artigo científico, a realização do PI e da sua posterior discussão pública, permitem uma divulgação dos resultados acerca da temática em estudo. Por outro lado, após homologação da IT esta

também será divulgada na intranet ficando acessível a todos os profissionais da UCIP e restante instituição hospitalar. A divulgação da Avaliação do Risco Nutricional na PSC será difundida nas Jornadas de Cirurgia Geral da Instituição e irá decorrer em novembro de 2024, na qual fomos convidadas para apresentar as escalas indicadas na PSC.

Em suma, com a implementação do PI pretendemos mudar a prática com o intuito de melhorarmos a qualidade dos cuidados de enfermagem e desse modo garantir a segurança da pessoa.

No seguinte capítulo será feita uma análise e reflexão das atividades desenvolvidas em ambos os estágios.

4. ANÁLISE E REFLEXÃO DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nos subcapítulos é feito uma análise das aprendizagens e uma reflexão crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas durante o percurso formativo. O percurso formativo decorreu em contexto de urgência e de cuidados intensivos, nos quais foram desenvolvidas e planeadas as atividades a que nos propusemos. Tais atividades tiveram o objetivo de atingir as competências comuns e específicas do enfermeiro EMC-PSC descritas no Regulamento n.º 140/2019 (2019) e no Regulamento n.º 429/2018 (2018) respetivamente, e o grau de Mestre que consta no Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018).

No que concerne às Competências de Mestre, a linha orientadora do atual Mestrado em Enfermagem, teve por base o Decreto de Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto e a definição das competências de Mestre de Enfermagem propostas pela A3ES em 16/02/2015 da Universidade de Évora (UE), sendo as seguintes:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Optámos por agrupar as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista com as competências de mestre em enfermagem, e deste modo fazer a análise crítica das atividades desenvolvidas em cada competência. Esta junção é feita dada à sua complementaridade.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O processo formativo permitiu adquirir e incrementar as competências comuns do enfermeiro especialista e de Mestre em Enfermagem. De um modo geral, as competências comuns do enfermeiro especialista assentam em 4 domínios: “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”, “Melhoria Contínua da Qualidade”, “Gestão dos Cuidados” e “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745), estes são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização.

4.1.1 Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O primeiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista a ser analisado é o da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” e que se coaduna com a competência de Mestre em Enfermagem:

1. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais”.

A - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Quadro n.º 2 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal **Fonte:** Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, Diário da República, 2.ª série, n.º 26

Neste domínio espera-se que o enfermeiro especialista demonstre “(...) um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidade de tomada de decisão ética e deontológica (...)” (DR, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

Com base nesse pressuposto a Unidade Curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem lecionada no primeiro ano do primeiro semestre do 7º Curso em Mestrado em Enfermagem forneceu as bases para o desenvolvimento profissional e pessoal, e na consolidação desta competência.

Diariamente deparamo-nos com situações que carecem de uma tomada de decisão em equipa, como enfermeira tentamos prestar cuidados diferenciados, seguindo os valores éticos e apresentando um comportamento ético, onde uma das principais finalidades é proporcionar o bem-estar e assegurar a saúde da pessoa cuidada. Durante o percurso formativo procurámos sempre manter os quatro princípios fundamentais da ética, o princípio da autonomia, o princípio da justiça, o princípio da beneficência e o princípio da não-maleficência (Beauchamp & Childress, 2013). Devido aos contextos formativos apresentarem as suas especificidades, a tomada de decisão em enfermagem exige uma decisão prudente e fundamentada para que não produza efeitos adversos na PSC. Apesar da experiência profissional, por vezes foi necessário recorrermos às enfermeiras especialistas na tomada de decisão, uma vez que a partilha de experiências, competências e conhecimentos auxiliou a tomada de decisão. Contudo, a tomada de decisão por vezes é alterada e não depende somente da equipa de enfermagem e gera situações controversas nos próprios enfermeiros, que por vezes são “obrigados” a realizar procedimentos que reconhecem não ser os mais adequados. Em contexto de urgência surgiu uma situação controversa, na qual uma pessoa oncológica foi entubada contra a sua vontade para alimentação. Noutro contexto, em cuidados intensivos, verificámos a obstinação terapêutica, na qual se manteve certos

procedimentos terapêuticos e invasivos, na qual já não existia benefício para a pessoa cuidada. Tais situações descritas não asseguram o respeito da escolha da pessoa doente, e por vezes da família.

Durante os estágios, que decorreram em ambientes distintos, procurámos sempre atender às preferências de cada pessoa, com o intuito de prestarmos cuidados baseados na evidência e centrados na pessoa, de modo a promover ambientes seguros. Em contexto de urgência devido à sua especificidade e pelo atendimento à sua população de várias nacionalidades, etnias, crenças e ideologias, foram sempre prestados cuidados sem qualquer discriminação (económica, social, étnico, ideológica), salvaguardando os direitos da pessoa e respeitando as suas opções culturais, religiosas ou políticas (Lei 156/2015, 2015). Sendo o contexto de urgência por vezes caótico, os cuidados de higiene e conforto foram sempre prestados de modo a promover e salvaguardar a privacidade e a intimidade da pessoa, recorrendo ao uso de cortinas, biombos e salas desocupadas (Lei 156/2015, 2015). Devido à afluência de pessoas doentes e às diversas solicitações, por vezes tornou-se difícil criar um ambiente favorável ao desenvolvimento da potencialidade da pessoa, conforme alude o artigo 110º do Código Deontológico, contudo tentámos arranjar estratégias que fossem ao encontro da humanização dos cuidados (Lei 156/2015, 2015).

Em ambos os contextos formativos as informações e explicações sobre os procedimentos de enfermagem efetuados ou por realizar, foram comunicados à pessoa e à família, porém em contexto de cuidados intensivos, devido à especificidade do serviço e pelo facto da pessoa se encontrar ventilada e sedada, a informação era transmitida a um familiar designado. Desta forma garantiu-se o direito à autodeterminação da pessoa e da família nas tomadas de decisão, ao abrigo do Artigo 105º do Código Deontológico (Lei 156/2015, 2015).

Em ambos os contextos a confidencialidade e a transição de cuidados foi efetuada através de informação oral e escrita entre as equipas dos serviços, seguindo a técnica ISBAR (DGS, norma 001/2017, 2017) realizada aquando da transferência de doentes a nível intra-hospitalar e inter-hospitalar. A utilização da técnica ISBAR permite fornecer a informação pertinente entre profissionais de saúde e entre instituições de forma a manter o bem-estar, a privacidade e a segurança física, emocional e social da pessoa, conforme descrito no Artigo 106º do Código Deontológico (Lei 156/2015, 2015).

Relativamente ao PI o princípio da confidencialidade e da proteção de dados foi preservado, dado que foi realizado um pedido de autorização ao CA da instituição na

qual desenvolvemos o PI, bem como à Comissão de Ética. Ambos os questionários aplicados à equipa de enfermagem foram de carácter opcional e anónimos.

Posto o descrito, pensamos ter atingido as competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal e a competência de Mestre em Enfermagem referente às capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Passamos agora a analisar as competências do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.

4.1.2 Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B – Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade
B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua
B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro

Quadro 3 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade **Fonte:** Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, Diário da República, 2.ª série, n.º 26

Neste domínio espera-se que o enfermeiro especialista demonstre capacidade na conceção, operacionalização e disseminação de projetos institucionais na área da qualidade. Assim como a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade e gestão do risco imprescindível na efetividade terapêutica e na prevenção de incidentes clínicos (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As competências de Mestre em Enfermagem que se interligam com o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade são (UE,2015):

- 1 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

- 2 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC-PSC são definidos pelo Regulamento n.º 361/2015 (2015) como referenciais para a prática do enfermeiro especialista com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem. Em 2017 o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica refere que os padrões de qualidade devem ser um referencial na prática de enfermagem com a finalidade de estimular a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade (OE, 2017). Deste modo é premente o desenvolvimento de projetos que visem a melhoria dos cuidados.

Propondo a aquisição e o desenvolvimento das competências supracitadas, foram realizados em ambos os contextos formativos um PI, que contribuísssem para a melhoria da qualidade dos cuidados em ambos os contextos. No contexto de urgência desenvolvemos um PI que incidiu nas boas práticas associadas à inserção e manutenção do Cateter Vascular Central (CVC), tendo como referência a norma clínica da DGS 022/2015 “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central”, atualizada a 29 de agosto de 2022. A escolha do tema insere-se na “Prevenção de complicações” e na “Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados” dos Padrões de Qualidade (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Na UCIP o tema do PI insere-se nos seguintes Enunciados Descritivos: Prevenção de complicações; Bem-estar e o Autocuidado; e Organização dos Cuidados Especializados dos Padrões de Qualidade (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Como já foi referido, anteriormente, a temática prende-se com a necessidade da avaliação do risco nutricional na PSC.

Em ambos os contextos colaborámos na realização de IT (APÊNDICE IX), póster (APÊNDICE X) e na utilização de instrumentos para avaliação das práticas clínicas, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e implementar programas de melhoria contínua em cada contexto formativo, conforme consta no artigo 97º do Código Deontológico (Lei 156/2015, 2015).

De forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro à PSC, primeiramente foi necessária uma integração adequada em ambos os contextos formativos. Em contexto de urgência devido à sua especificidade e rotatividade de pessoas doentes foi necessário conhecer a estrutura, o funcionamento, a gestão, os protocolos e normas de atuação. O conhecimento adequado e o funcionamento da sala de emergência facilitaram a organização do trabalho em situações de emergência, e deste modo permitiu reduzir a

probabilidade de erro humano. Na UCIP a integração foi mais fácil, uma vez que já existia conhecimento prévio da estrutura e do funcionamento, sendo um ambiente mais calmo e controlado. Contudo, houve necessidade de relemos todas as normas, IT e protocolos existentes, assim como o adequado manuseamento dos ventiladores, dos aparelhos de oxigenoterapia de alto fluxo e dos monitores de técnicas dialíticas.

Na nossa opinião o contexto de urgência devido à rotatividade de pessoas doentes, ao ruído e à confusão, a gestão de um ambiente seguro é mais complicada. Porém, durante a prática clínica dos contextos formativos, tentámos prevenir e gerir incidentes, verificando a identificação correta dos utentes através da pulseira de identificação, prevenindo quedas e o aparecimento de úlceras por pressão, efetuando o registo nos diferentes sistemas informáticos (SCLínico e BSimple PatientCare ®) e o preenchimento da Escala de Morse e da Escala de Braden. Relativamente à administração segura de terapêutica foi sempre confirmado o nome da pessoa, o medicamento, a dosagem, a via de administração e a hora. Na UCIP a identificação dos fármacos é efetuada através do sistema informático, pois permite a impressão de uma etiqueta com o fármaco, dosagem, via de administração e o nome da pessoa. Este sistema permite manter a segurança do doente.

Em ambos os contextos formativos os fármacos encontravam-se armazenados no Pyxis, um sistema de armazenamento com reposição diária de níveis por parte dos técnicos de farmácia. Este sistema permite que cada profissional, com o uso de impressão digital ou de dados mecanográficos, possa registar e retirar o fármaco específico da pessoa, reduzindo o erro terapêutico e fomentando um ambiente seguro.

A principal diferença dos contextos formativos reside na individualização dos cuidados de enfermagem. Na urgência as pessoas doentes, após Triagem de Manchester e determinado o risco clínico, não ficavam com um enfermeiro responsável atribuído, sendo sim o enfermeiro que estivesse mais disponível no momento. Ao contrário da UCIP, na qual existia um acompanhamento e uma continuidade dos cuidados que me proporcionava mais segurança. Os registos dos cuidados de enfermagem na urgência eram efetuados na plataforma SCLínico ®, permitindo a partilha de informação para os serviços de internamento, ao contrário da UCIP que utiliza a plataforma BSimple PatientCare ®, sendo esta apenas partilhada com o Bloco Operatório, surgindo uma fragmentação na partilha de informação e dados da pessoa quando esta é transferida para um serviço de internamento.

No decorrer dos estágios, sob supervisão e orientação das enfermeiras orientadoras, foram efetuados testes aos monitores-desfibriladores e aos ventiladores, foi efetuada verificação dos prazos de validade e reposição de medicação após utilização do

carro de urgência. Tais atividades/intervenções permitiram a manutenção preventiva dos materiais e equipamentos promovendo um ambiente seguro.

A notificação de incidentes (risco clínico e não clínico) é feita na plataforma SAGRIS® que se encontra disponível na intranet. Esta notificação pode ser feita por qualquer elemento de enfermagem, contudo cada serviço tem um elo de ligação à gestão do risco clínico. Durante o decorrer do estágio houve necessidade de efetuar um registo de risco não clínico na UCIP, a ocorrência envolveu um familiar e uma enfermeira do serviço. No nosso contexto profissional somos o elemento de ligação à gestão do risco, esta experiência permitiu-nos ajudar a enfermeira orientadora a efetuar o registo na plataforma.

No decorrer do estágio na UCIP foram efetuadas três formações extremamente relevantes no domínio da Melhoria da Qualidade e das duas competências de Mestre em Enfermagem supracitas, sendo elas “Formação Profissional de Gestão de Risco em Saúde: A segurança do Cliente” com uma duração de 15h (ANEXO B), “PPCIRA” com uma duração de 12h (ANEXO C) e um “Webinar Conexões seguras” com uma duração de 2 horas (ANEXO D).

Após o exposto, pensamos ter atingido as competências no Domínio da Melhoria da Qualidade e das duas competências de Mestre em Enfermagem.

Passamos agora a analisar as competências do domínio da Gestão dos Cuidados.

4.1.3 Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

C – Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados
C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados

Quadro 4 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista no domínio da Gestão dos Cuidados **Fonte:** Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, Diário da República, 2.ª série, n.º 26

Neste domínio espera-se que o enfermeiro especialista demonstre capacidade na gestão dos cuidados e adeque os recursos necessários às necessidades dos cuidados

de modo a garantir a segurança e qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A competência de Mestre em Enfermagem que desenvolvi neste domínio alude:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada (UE,2015).

No domínio da gestão dos cuidados é importante ressaltar a importância da Unidade Curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica, lecionada no primeiro semestre do 1º ano. Nesta Unidade Curricular foram abordados os seguintes conteúdos, organização e prioridade nos cuidados de enfermagem, dotações seguras, governação clínica e segurança nos cuidados de enfermagem.

Tanto em contexto de urgência como de cuidados intensivos, são extremamente importantes a organização e a priorização dos cuidados de enfermagem. A gestão do serviço de urgência é feita por um enfermeiro especialista a desempenhar funções de gestão, enquanto na UCIP a gestão é feita por um enfermeiro gestor que na sua ausência é a enfermeira especialista que está de horário fixo de segunda a sexta-feira. Na urgência, a distribuição dos enfermeiros pelos postos de trabalho é feita semanalmente, enquanto na UCIP o enfermeiro gestor faz a distribuição diariamente para o turno da manhã e da tarde, o turno da noite fica a cargo do enfermeiro responsável de turno, que por norma é um especialista. Na UCIP a distribuição é feita mediante as necessidades e o nível de gravidade da doença, ficando um enfermeiro com duas PSC no máximo, no turno da manhã, contudo na tarde e noite um enfermeiro pode ficar com três doentes no máximo. À data não era utilizada nenhuma ferramenta que determinasse a carga de trabalho em Enfermagem.

Na ausência do gestor ou do enfermeiro especialista a desempenhar funções de gestão, o enfermeiro responsável tinha como função promover o cumprimento das normas e IT instituídas, coordenar a equipa de enfermagem e de assistente operacionais e articular e gerir as vagas existentes com os serviços de internamento. A gestão dos contextos formativos era centrada nas necessidades detetadas, quer a nível de recursos humanos e materiais, com o intuito de promover cuidados de qualidade e segurança à PSC.

Relativamente ao tipo de liderança exercida na urgência e na UCIP verificou-se um estilo democrático, ambos envolvem a equipa de forma ativa na tomada de decisões e procuram perceber as opiniões da equipa promovendo um ambiente colaborativo.

Relativamente ao domínio da Gestão dos Cuidados penso que adquirimos mais competências durante o contexto formativo da UCIP, uma vez que o período foi superior. No decorrer do estágio na UCIP tivemos a oportunidade de fazer um turno com o enfermeiro gestor, no qual foi possível aprender e observar a gestão dos recursos humanos e materiais, assim como a coordenação dos cuidados de enfermagem e a tomada de decisão. O pedido de materiais de uso clínico e outros consumíveis é feito duas vezes por semana, contudo caso existisse alguma falta de material clínico durante a semana, era possível fazer pedidos extra através do Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento (SGICM). A manutenção dos equipamentos é feita pelo gestor, com o número de séries e as últimas manutenções efetuadas pelas empresas, caso exista alguma avaria que possa ser reparada na instituição é feito um pedido através do programa informático MAXIMO, que se encontra na intranet, caso contrário é necessário fazer compra direta dos materiais em causa.

Nos contextos formativos foi possível prestarmos cuidados diretos à PSC, de forma autónoma e colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar, desta forma foi possível fazermos a gestão dos cuidados e supervisionar algumas tarefas delegadas. Tais tarefas delegadas foram sempre supervisionadas e a maioria delas relacionadas com autocuidados, como a alimentação, os cuidados de higiene, a eliminação e os posicionamentos, sobretudo em pessoas doentes com grau reduzido ou independente. A articulação com a equipa multidisciplinar foi fundamental na realização do PI na UCIP, uma vez que para a implementação da escala da avaliação risco nutricional foi necessário o diálogo com o serviço de nutrição e dietética, com a equipa médica e com a equipa de enfermagem da UCIP.

Em ambos os contextos tentámos partilhar conhecimentos com a equipa de enfermagem, inclusivamente na UCIP conseguimos a integração de esponjas para a realização da higiene oral e a aplicação de adesivos próprios para as sondas nasogástricas. Embora o nosso contexto de trabalho seja diferente e a nossa posição em ambos os contextos seja como discente, acreditamos que foi possível transmitir alguns conhecimentos e sugerir a adesão de boas práticas. Em contexto laboral exercemos funções de gestão e liderança, contudo em contexto formativo não foi possível exercer tais funções de forma autónoma, mas considerando tudo o que foi descrito, pensamos ter atingido as competências relativas a este domínio e à competência de Mestre em enfermagem anteriormente citado.

Passamos agora a analisar as competências do domínio da Gestão dos Cuidados.

4.1.4 Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D – Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais
D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Quadro 5 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais **Fonte:** Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, Diário da República, 2.ª série, n.º 26

Neste domínio espera-se que o enfermeiro especialista demonstre capacidade de autoconhecimento e que seja um agente facilitador e ativo nos processos de aprendizagem e na investigação (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As competências de Mestre em Enfermagem que desenvolvi neste domínio foram (UE,2015):

2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 4 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Como pessoas e enfermeiras é fundamental estarmos ciente de todas as nossas aptidões e lacunas, de modo a tomarmos decisões de forma segura e assertiva. Com base no exposto e de acordo com o artigo 100º do Código Deontológico (Lei 156/2015, 2015) este foi o impulsionador para, ao fim de 17 anos, desenvolver as minhas aprendizagens profissionais através do Mestrado em Enfermagem com especialização em MC-PSC. Durante o percurso letivo e formativo do Mestrado procurámos demonstrar competências, tendo sempre por base a evidência científica mais relevante e atualizada, tal processo exigiu uma dedicação e uma procura em colmatar algumas necessidades formativas relativas à PSC.

A Unidade Curricular (UC) de Relação de Ajuda lecionado no 1º ano contribui para adquirir competências neste domínio. A enfermagem é conhecida como a arte do cuidar desde os seus primórdios, e a qualidade da mesma está intimamente ligada com as relações que são estabelecidas entre o enfermeiro e a pessoa.

Os cuidados de enfermagem assentam na premissa das relações interpessoais, o que faz com que a parte humana de cada um de nós esteja mais trabalhada, com isto é passível afirmar que cada ato de enfermagem é prestado com o intuito de estabelecer uma relação de ajuda. Em contexto de urgência as competências empáticas e relacionais foram extremamente importantes para conseguirmos gerir alguns conflitos que surgiam devido ao tempo de espera e à demora no atendimento médico, por vezes os enfermeiros são os primeiros a quem as pessoas doentes e/ou familiares se dirigem para questões ou reclamações. Estas competências permitiram ajudar as pessoas numa fase de doença e de acordo com as suas necessidades. Na UCIP sentimos alguma dificuldade em estabelecer esta relação interpessoal com a PSC, devido à gravidade da doença e devido à maioria se encontrar ventilada, por outro lado esta relação foi estabelecida com os familiares no período de visita. Devido ao nosso contexto laboral ser um internamento, o que sentimos mais falta foi a comunicação e o estabelecer uma relação empática com a pessoa, porém existiram situações de recobros cirúrgicos nas quais foi possível efetuar uma comunicação (verbal e não verbal), pelo fato das pessoas não estarem ventiladas e sedadas. Esta dinâmica facilitou o intercâmbio de informações, permitindo deste modo apoiar e informar a pessoa neste processo de doença.

Devido à UCIP receber PSC provenientes do distrito, no decorrer do estágio houve necessidade de gerir sentimentos e emoções. A situação em concreto envolveu o pai de uma amiga de infância, uma pessoa ventilada, que posteriormente foi traqueostomizado, sempre com sedoanalgesia opióide, pouco reativo a estímulos externos, com necessidade de técnicas dialíticas e muito instável durante o internamento. Durante o período da visita sempre partilhámos as informações adequadas e sempre que existia alguma alteração no estado clínico encaminhávamos os familiares para a equipa médica, como fizemos com outras PSC. Sempre mantivemos uma postura profissional, contudo a relação que existia entre nós, permitiu que a familiar se sentisse mais calma e tranquila, por outro lado, enquanto pessoa vivenciámos vários sentimentos e emoções, com os quais foi necessário lidarmos para conseguirmos fazer a melhor gestão emocional, sempre com a finalidade de prestar cuidados de forma segura e eficaz.

Ambos os estágios foram desafiantes a nível pessoal e profissional, contudo o mais desafiante foi o contexto de urgência por ser uma novidade, ao contrário da UCIP no qual já tínhamos estagiado como aluna de licenciatura. Contudo devido à necessidade em desenvolver as competências comuns de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem foi necessário “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (Lei 156/2015, 2015, p. 8080). Foi necessário pesquisar as últimas orientações e recomendações relativamente aos cuidados específicos à PSC quer a nível internacional quer a nível nacional, assim como a medicação mais usada em situações de urgência/emergência. Relativamente aos equipamentos como os ventiladores e os monitores de técnicas dialíticas, o treino e a prática foram fundamentais para ter mais destreza na montagem e sentir segurança durante a ventilação invasiva e o tratamento dialítico.

As UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica (1,2,3,4, 5) e de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem, foram fundamentais em ambos os contextos formativos, possibilitando uma abordagem à PSC de uma forma distinta e segura. Os cursos lecionados em Médico – Cirúrgica 4 de Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida (SAV) (ANEXO G) e o *International Trauma Life Support* (ITLS) (ANEXO H) capacitaram-nos para atuar em situações de urgência/emergência, numa área na qual não tínhamos formação. Os conteúdos adquiridos nos cursos foram colocados em prática em ambos os contextos, o SAV foi realizado duas vezes na UCIP, uma com sucesso e a outra não. Os conteúdos da formação de ITLS foram aplicados no serviço de urgência em contexto de acidente de viação.

Além de termos contribuído e desenvolvido na formação dos pares em ambos os contextos formativos, como já foi referido anteriormente, também participámos em formações que considerámos pertinentes e adequadas para o desenvolvimento das competências (ANEXO E):

- Workshop de eletrocardiografia;
- Escala CAM ICU na prevenção e controlo de confusão aguda/delirium no doente crítico;
- Transporte inter-hospitalar do doente crítico;
- Otimização de oxigenoterapia de alto fluxo;
- Terapêutica Inalatória;
- Prevenção do trato urinário associado ao uso de cateter vesical;
- Abordagem pré-hospitalar do TCE,

- Apresentação e Implementação da Escala de News aos doentes internados em SO;
- Critérios de gravidade para ativação da sala de Emergência.

Durante o estágio na UCIP foi elaborado um artigo científico cujo objetivo era caracterizar o suporte nutricional adequado ao doente crítico com Ventilação Mecânica internado em Cuidados Intensivos. O método utilizado foi uma *scoping review* baseado na metodologia recomendada pelo JBI e permitiu aprofundar conhecimentos relativamente ao suporte nutricional da PSC, apoiando a prática baseada na evidência.

Relativamente ao que foi exposto neste domínio pensamos ter atingido competências do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais e as competências de Mestre em Enfermagem supracitadas.

Terminada a análise descritiva e fundamentada das competências comuns do enfermeiro especialista e as de Mestre em Enfermagem (UE, 2015), prosseguimos para o seguinte capítulo onde será feita uma análise das competências específicas do enfermeiro especialista e das competências de Mestre em Enfermagem.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA MC – PSC

Direcionadas para as competências específicas do enfermeiro EMC – PSC as atividades desenvolvidas, em contexto formativo nas diferentes especialidades de urgência e cuidados intensivos, assentaram nas três competências presentes no Artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018 (2018), sendo elas:

“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”; “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” e “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” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

O Enfermeiro Especialista na área da MC-PSC tem como meta a

“(…) conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença (...)” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19360).

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC devem ser assegurados de um modo contínuo com a finalidade de “(...) manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

À semelhança da análise e reflexão que foi realizada nas competências comuns de Enfermeiro Especialista, as competências específicas de Enfermeiro Especialista na área de MC-PSC serão analisadas em simultâneo com as competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015).

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

Nesta competência o enfermeiro especialista perante processos complexos de doença necessita desenvolver conhecimentos e habilidade de modo a responder em tempo útil e encarando a pessoa de uma forma holística (Regulamento nº429/2018, 2018). As competências de mestre em enfermagem que desenvolvi em simultâneo com a competência específica de enfermeiro especialista na área MC-PSC supracitada são:

- Competência 2: Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Competência 4: Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- Competência 7: Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

A PSC devido à falência multiorgânica necessita de cuidados de enfermagem especializados, cuidados esses que exigem uma observação contínua e sistemática, de modo a prever e a detetar precocemente complicações em tempo útil, como é referido no Artigo 104.º do Código Deontológico (Lei 156/2015, 2015).

Em contexto de UCIP devido à instabilidade hemodinâmica da PSC foi sempre imperioso verificar no início de cada turno os alarmes dos monitores e ventiladores, de modo a identificar precocemente situações de instabilidade e que pudéssemos atuar em tempo útil.

Devido à tecnologia em contexto de UCIP ser variada foi necessária uma integração adequada com a enfermeira orientadora. Para tal, foi importante observarmos a utiliza-

ção de diversos equipamentos e a realização de procedimentos com os quais não estávamos acostumadas até ao momento, de modo a ganhar alguma confiança e autonomia. O equipamento para as técnicas dialíticas foi um exemplo disso, no qual foi necessário observarmos e realizarmos algumas vezes, sempre sob a supervisão da enfermeira orientador, para posteriormente colaborarmos e realizarmos de uma forma autónoma este procedimento. Foi necessário observar a montagem do *kit*, ter a prescrição médica da modalidade dialítica, ter em conta a preparação e substituição de bolsas de dialisante, reposição, pré-bomba de sangue e efluentes. Ao executar este procedimento também tivemos a oportunidade de realizar o penso ao cateter de hemodiálise, assim como a heparinização dos lumens venoso e arterial após o término da técnica dialítica.

A manutenção e substituição das traqueias dos ventiladores também foi um procedimento que efetuámos sempre em colaboração com a enfermeira orientadora, esta substituição era sempre efetuada após a alta clínica da pessoa. Enquanto a pessoa permanecesse internada na UCIP o sistema de ventilação permanecia equipado, mesmo após a extubação endotraqueal, caso ocorresse algum agravamento da situação clínica da pessoa.

Neste contexto formativo além das técnicas complexas supracitadas também prestámos cuidados especializados de enfermagem a pessoas com VMI e Ventilação Não Invasiva (VNI), a pessoas traqueostomizadas, com oxigenoterapia de alta fluxo, colaborámos na colocação, manutenção e remoção de linhas arteriais, cateteres venosos centrais, intubações endotraqueais. Relativamente às linhas arteriais tivemos a oportunidade de realizar colheitas de sangue para gasometria e posteriormente fazer a sua interpretação, algo que até ao momento era difícil, deste modo permitiu-nos aprofundar conhecimentos e compreender o estado hemodinâmico da PSC. Também nos foi possível proceder à monitorização hemodinâmica invasiva, verificação da pressão venosa central e a pressão intra-abdominal e gestão na VMI e VNI, sempre com orientação e supervisão da enfermeira orientadora. A monitorização do balanço hídrico era efetuada em todos os turnos e permitiu evitar potenciais sobrecargas hídricas.

Como já foi referido anteriormente na UCIP conseguimos demonstrar conhecimentos e habilidades em SAV, existindo coordenação e uma gestão adequada por parte dos intervenientes durante as manobras de reanimação. Em contexto de urgência conseguimos experienciar a sala de emergência, o balcão e o SO, contudo as experiências mais enriquecedoras foram em sala de emergência onde foi possível responder em tempo útil a situações de Enfarte Agudo do Miocárdio e de AVC, acionando a Via Verde Coronária e a Via Verde AVC, respetivamente.

Em pessoas com SARS-coV-2 e Gripe A foi necessário adaptar o sistema fechado de aspiração, algo que desconhecíamos. Este sistema possibilitou remover as secreções, sem necessidade de desconectar do circuito de ventilação, garantindo assim a permeabilidade da via aérea, mantendo a pressão estipulada no ventilador e permitindo a oxigenação durante a aspiração.

Devido a UCIP receber pessoas com diversas patologias e idades, durante o decorrer do percurso formativo as principais patologias foram do foro respiratório, politrauma, cirúrgicos e pós-operatórios imediatos. Numa situação específica de politrauma houve necessidade de manter a estabilidade hemodinâmica da pessoa para tentar perceber se seria um potencial dador de órgãos e tecidos, iniciou NE, foram prestados cuidados especializados de enfermagem e aguardou-se a eliminação dos agentes depressores, que foram administrados durante a intubação endotraqueal. A equipa médica posteriormente realizou manobras para tentar perceber a ausência de reflexos, na qual a PSC apresentava reflexo faríngeo e não foi possível avançar para as restantes provas.

No decorrer formativo da UCIP tivemos a oportunidade de garantir a aplicação de protocolos terapêuticos complexos, que permitiram uma prática baseada na evidência e com vista à qualidade e segurança da PSC. A existência de protocolos terapêuticos possibilitou a uniformização dos cuidados de enfermagem de acordo com as normas mais atualizadas. Contudo, verificou-se a inexistência de protocolos relativamente à gestão nutricional da PSC, a avaliação do risco nutricional não era efetuada até às 48h de admissão e o suporte nutricional não era individualizado à condição clínica da PSC. Na sua maioria o suporte nutricional era fornecido por NE, porém a inexistência de protocolos levava à suspensão da mesma quando existia VRG de 100ml. No decorrer do estágio era visível a perda de massa muscular na PSC, que permaneciam por longos períodos na UCIP. Outra lacuna detetada foi a inexistência de protocolos para detetar as necessidades calóricas e proteicas da PSC e desse modo adequar o suporte nutricional. Pelo explanado, o PI pode ser o alicerce para se iniciar no seio da equipa de enfermagem e médica uma preocupação pela gestão nutricional da PSC.

Outra norma que era efetuada em todos turnos, pelo menos 3 vezes ao dia, era a higiene oral para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (Direção Geral de Saúde, Norma Clínica: 021/2015, 2022). Antes de efetuar a higiene oral, primeiramente era avaliada a pressão do balão do tubo (20 a 30 cmH₂O) e elevada a cabeceira a 30°, posteriormente eram efetuados os registos no sistema informático BSimple PatientCare®.

Na UCIP foram realizadas transferências intra-hospitalares e transferências para a realização de exames complementares de diagnóstico, seguindo as recomendações da

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2023). Contudo, as mais difíceis foram as transferências do Bloco Operatório para a UCIP e da UCIP aos exames complementares de diagnóstico. Em ambas as transferências fomos 4 pessoas (Médico, enfermeira orientadora, a assistente operacional e eu) e foi imprescindível ter em conta o material necessário para o transporte da PSC, o material compreendia o monitor/desfibrilhador, o ventilador de transporte no caso de ventilação mecânica e o insuflador manual com fonte de oxigénio na pessoa sem necessidade de ventilação mecânica, seringas e bombas infusoras e medicação adicional caso fosse necessário administrar por ordem médica. O sucesso da transferência da PSC deveu-se ao fato de existir coordenação entre os serviços e transmissão adequada da situação clínica da PSC, tais ações preveniram potenciais complicações nas transferências.

A gestão da dor e do bem-estar da PSC é fundamental. A Dor “define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre” (Direção Geral de Saúde, Circular Normativa nº 9/DGCG, 2003, p.3). Em contexto de urgência a maioria das pessoas dirige-se ao serviço por dor, ao contrário da UCIP em que a dor é aliviada com o uso de analgesia opióide. A avaliação da dor na pessoa sedada e ventilada é um enorme desafio e é essencial estarmos em alerta para outros sinais de desconforto, que podem ser detetados na curva respiratória do ventilador ou na alteração de sinais vitais no monitor eletrocardiógrafo. Na UCIP a escala utilizada para avaliar a dor na pessoa sedada e ventilada é a *Behavioural Pain Scale* (BPS) e em pessoas despertas e comunicativas era efetuada a Escala Visual Numérica. Consoante o score obtido nas escalas era possível instituir medidas farmacológicas e não farmacológicas, que compreendiam alterar decúbitos de modo aliviar zonas de pressão e desconforto.

Concomitantemente à escala BPS era utilizada também a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) que era utilizada na pessoa sedada e ventilada e permitia avaliar o nível de agitação-sedação, o uso desta escala permitia também identificar sinais de desconforto e assim aplicar medidas para o alívio. Em pessoas que não se encontravam com terapêutica sedativa, mas a comunicação era deficiente foi fundamental a existência de cartões com imagens, permitindo assim estabelecer uma comunicação e facilitar adequação dos cuidados de enfermagem. Nestas pessoas foi aplicada a Escala de Coma de Glasgow.

Em ambos os contextos formativos procurámos estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e a família, contudo em contexto de UCIP a família foi o elo que permitiu identificar as principais necessidades da pessoa doente e desse modo adequar estratégias eficazes para a resolução dos problemas identificados. Durante os estágios não

presenciávamos processos de luto, contudo assistimos à comunicação de más notícias aos familiares. Na nossa realidade a comunicação do prognóstico e do diagnóstico é transmitida pela equipa médica, porém a comunicação de más notícias faz emergir dificuldades nos enfermeiros, uma vez que são eles que lidam com as repercussões emocionais da pessoa e da família, e que por sua vez afetam o próprio enfermeiro que tem de lidar com reações emocionais por parte da família. Constatámos que os profissionais dos serviços onde decorreram os estágios não recorriam a qualquer protocolo para a comunicação de más notícias. Um dos protocolos frequentemente referenciado é o SPIKES (Baile et al., 2000), que permite aos profissionais de saúde transmitir más notícias de uma forma sensível e tolerável pela pessoa que as recebe. Contudo, a prática de transmissão de más notícias que observámos, por não seguir um protocolo, era realizada de uma forma impessoal, sem respeito pela privacidade e sem o acompanhamento necessário após a transmissão das mesmas. Consideramos que o exercício de enfermagem especializada não se coaduna com este tipo de práticas.

Após a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas julgamos ter atingido as competências acima descritas.

Posteriormente passamos à análise da seguinte competência específica do enfermeiro especialista em MC-PSC.

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

Nesta competência, o enfermeiro especialista perante uma situação de emergência, exceção e catástrofe, tem como objetivo atuar e gerir uma resposta de forma eficaz e eficiente (Regulamento nº429/2018, 2018). As competências de mestre em enfermagem que desenvolvi em simultâneo com a competência específica referida são:

- Competência 3: Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- Competência 7: Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (2018) situações de emergência, exceção e catástrofe são aquelas que colocam em risco de vida a pessoa. Segundo o mesmo regulamento as situações de emergência resultam de uma agressão

“(...) sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida.” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

No decorrer do estágio em urgência não foi possível atuar em situações de emergência, porém como já foi referido anteriormente, em contexto de UCIP foi possível contactar com duas situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) nas quais foi necessário procedermos de forma rápida e otimizar os recursos disponíveis perante tal situação. Ambas foram enriquecedoras, permitiram aplicar os conhecimentos adquiridos na UC de Médico Cirúrgica 4 e foram um acréscimo na minha experiência profissional.

Nas situações de exceção verifica-se “(...) um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos (...)” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362). Conforme é descrito no artigo 3º da lei de Bases da Proteção Civil a catástrofe é um “acidente grave ou a serie de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei 27/2006, 2006 p.4696). Em ambos os contextos não presenciámos qualquer situação idêntica ao referido. No entanto, foi falado com ambas as enfermeiras orientadoras sobre os procedimentos a adotar em tais situações e sobre qual organização que recai a responsabilidade em comunicar, sendo a Autoridade Nacional de Proteção Civil. Tivemos ainda a oportunidade de consultar os fluxogramas dos planos de evacuação de ambos os serviços, que se encontram em suporte escrito afixados em local visível a todos os funcionários.

Na urgência a enfermeira orientadora explicou os procedimentos a efetuar em situação de catástrofe e multivítimas, explicando a necessidade de gerir os recursos humanos e materiais disponíveis, e caso houvesse necessidade agilizar a transferência de pessoas entre serviços ou outras instituições para poderem otimizar a resposta à situação. Ainda neste contexto a enfermeiro mostrou os *kits* elaborados para situações de catástrofe, cada *kit* é composto por 3 pulseiras de identificação de prioridade (verde, amarela e vermelha), uma folha de registos para avaliação primaria e avaliação secundaria com avaliação de parâmetros vitais e tubos laboratoriais.

Para o desenvolvimento das competências referidas o contributo da UC Medico Cirúrgica 3 foi enriquecedora e esclarecedora. Nesta UC realizamos um Poster de carácter científico, acerca do tema Recolha e Preservação de Vestígios Forenses: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros no serviço de urgência. Segundo o relatório anual da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), em 2021 foram atendidas 19.847 pessoas

devido a violência doméstica, podendo esta ser infligida através de atos físicos, sexuais e psicológicos. Estima-se que no ano de 2021 o número de vítimas do sexo feminino foi de 13.234, sendo este crime cometido em 15,5% pelo seu cônjuge. Com o acréscimo da violência física e sexual, os serviços de urgência necessitam que os seus profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, possuam a capacidade de prestar cuidados individualizados na identificação, na avaliação, no tratamento e na recolha de provas ou vestígios que possam facilitar uma posterior investigação do sucedido. O enfermeiro especialista na área MC-PSC tem um papel crucial no que diz respeito à primeira abordagem da pessoa, vítima de violência física, na entrada do serviço de urgência. Indiscutivelmente a prioridade em todas as situações é a estabilização hemodinâmica da PSC, no entanto, em todo esse processo, se o enfermeiro tiver devidamente informado consegue ter uma atuação mais assertiva e benéfica para o tratamento e recolha de provas em situações de violência física. Uma correta colheita de dados da história clínica, dos acontecimentos relacionados com a descrição detalhadas das lesões, um manuseamento correto das roupas e uma correta recolha de vestígios, são procedimentos decisivos na recolha de provas e na distinta atuação do enfermeiro. No decorrer do estágio na urgência não presenciámos situações de agressões nem de violência, contudo a enfermeira orientadora mostrou o *kit* que foi elaborado para a recolha e preservação de indícios de crime.

Pelo exposto e analisado pensamos ter adquirido e desenvolvido a segunda competência do enfermeiro EMC-PSC e as competências de Mestre em Enfermagem.

Passamos de seguida à análise da última competência específica do enfermeiro especialista em MC-PSC.

4.2.3. 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

Nesta competência, espera-se que o enfermeiro especialista consiga responder de forma eficaz na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos (Regulamento nº429/2018, 2018). As competências de mestre em enfermagem que desenvolvi em simultâneo com a competência específica referida são:

- Competência 2: Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

- Competência 4: Realiza desenvolvimento autônomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- Competência 6: Realiza análise diagnóstica, planejamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- Competência 7: Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Para cimentar os conhecimentos relativos à competência específica do enfermeiro especialista na Área MC-PSC, a UC de Médico-Cirúrgica 5 foi imprescindível. Permitiu-nos aprofundar conhecimentos sobre os planos de prevenção e controlo de infeção, através das normas e dos programas da DGS. Destacamos a importância do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) existente na Instituição, que tem como objetivos gerais “a redução da incidência de infeção associada a cuidados de saúde, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos” (Despacho n.º 10901/2022, 2022, p. 94). As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são infeções adquiridas pelas pessoas durante a prestação de cuidados de saúde, “podendo ser causadas por agentes infecciosos de origem endógena (pele, nariz, trato gastrointestinal, entre outros) ou exógena, sendo as mãos dos profissionais de saúde o veículo de transmissão mais frequente” (Graveto, et al., 2018, p. 1259), podendo resultar “em danos e, às vezes, até na morte (...)” (WHO, 2017, p. 5). As IACS são um problema de saúde pública a nível global, com várias repercussões ao nível do sistema de saúde (aumento do tempo de internamento e custos elevados), da pessoa (elevadas taxas de morbimortalidade) e da comunidade (DGS, 2017). Durante a nossa prestação de cuidados existe o risco de transmissão de infeções, e esse risco é incrementado no caso de pessoas doentes imunodeprimidos e/ou com dispositivos invasivos.

São vários os fatores que levam ao aumento do risco de transmissão de IACS, contudo em contexto de urgência a sobrelotação de pessoas doentes, aumenta o risco. Durante o estágio e devido à contingência que se vive atualmente devido à pós pandemia por SARS-CoV-2, várias atitudes e comportamentos que por vezes eram banalizados ou descurados, por parte dos profissionais de saúde, ganharam força, tornando-se hábitos do dia a dia. Falamos assim, da importância da higiene das mãos, a etiqueta respiratória e, também do uso de máscara, quando existiam sintomas respiratórios.

Em contexto de urgência, no decorrer do estágio, pelo facto da enfermeira orientadora ser um dos elos de ligação ao grupo do PPCIRA, foi-nos possível observar a auditoria em registo próprio, sobre os momentos da higiene das mãos e do uso de luvas a todos os profissionais de saúde. Após o registo de observações, o documento é entregue à responsável do PPCIRA que posteriormente conforme os resultados obtidos, procura realizar formações de modo a alterar comportamentos e melhorar as práticas.

Neste contexto também conseguimos verificar que alguns feixes de intervenções para a prevenção das infeções associadas aos dispositivos e procedimentos invasivos não estavam a ser aplicados. O PI neste contexto incidiu sobre as boas práticas associadas à inserção e manutenção do CVC, tendo como referência a norma clínica da DGS 022/2015 “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central”, atualizada a 29 de agosto de 2022. Para tal, foi necessário realizarmos uma entrevista exploratória não estruturada, com a enfermeira responsável pelo PPCIRA, no qual constatámos a ausência de dados epidemiológicos relativamente ao CVC, devido à ausência de registos médicos e de enfermagem. Deste modo e com a sua colaboração facultou-nos a documentação necessária para ser instituída uma ferramenta de auditoria relativamente ao CVC (ANEXO F).

Na UCIP as pessoas admitidas são submetidas a rastreios de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) e *Enterobacterales* Produtoras de Carbapenemas (EPC) conforme consta do Procedimento de Qualidade da Instituição. Contudo não permanecem em quarto de isolamento até obtenção de resultado, são implementadas medidas de precauções até ao resultado dos rastreios. Caso o resultado fosse negativo eram levantadas as medidas e eram mantidas as Precauções Básicas de Controlo de Infeção, se o resultado fosse positivo eram mantidas as medidas de precaução baseadas nas vias de transmissão. No decorrer do estágio, além do isolamento de contacto também prestámos cuidados a pessoas com isolamento por gotículas (SARS-coV-2 e Gripe A) sendo de extrema importância o uso adequado do equipamento de proteção individual, tais como as luvas, as máscaras e as batas impermeáveis.

Na UCIP devido à panóplia de dispositivos invasivos, os enfermeiros executam os procedimentos de acordo com as normas da DGS atualizadas, sendo os feixes de intervenções:

- Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (Norma Clínica nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022);
- Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (Norma Clínica n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022);

- Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022).

Além da utilização dos feixes de intervenções mencionados também foram prestados cuidados de forma asséptica na realização de feridas cirúrgicas, que seguiram os feixes de intervenção para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico de acordo com a Norma clínica nº020/2015 atualizada a 17/11/2022. O cumprimento destes feixes de intervenção exige por parte do enfermeiro especialista uma atualização constante, para posteriormente poder divulgar e implementar junto da equipa de enfermagem e da equipa de assistentes operacionais.

Como foi referido anteriormente, no decorrer do estágio em UCIP realizámos uma formação pelo grupo do PPCIRA (ANEXO C).

Por tudo o que foi explanado pensamos ter atingido as competências mencionadas.

Ao concluirmos este capítulo e tendo em conta todas as atividades desenvolvidas durante os percursos formativos, consideramos que foram alcançadas todas as competências específicas e comuns do Enfermeiro Especialista da Área MC-PSC, assim como as competências de Mestre em Enfermagem definidas pela Universidade de Évora (2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto enfermeira o meu objetivo é garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem e o bem-estar da pessoa, assim como uma atualização dos conhecimentos e o desenvolvimento de competências específicas. Neste sentido, a integração no 7º Mestrado resultou da vontade de obter, aprofundar e cimentar conhecimentos e desenvolver competências na área da PSC.

A construção do presente relatório permitiu uma articulação dos conceitos teóricos adquiridos nas UC com os contextos formativos que se realizaram no serviço de urgência e na UCIP. Esta articulação foi realizada durante o percurso formativo, através da análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas.

Acreditamos que os objetivos delineados foram executados com sucesso, contextualizamos as teorias que permitiram o desenvolvimento do relatório e do PI adequadas à temática, apresentámos descritivamente ambos os contextos onde desenvolvemos as atividades e competências, enumeramos e descrevemos as diversas etapas da metodologia de projeto e analisamos de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas em ambos os contextos que nos permitiram adquirir as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em MC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

O PI desenvolvido revelou-se um desafio constante uma vez que no decorrer das etapas foi necessário algumas adaptações e reorganizações neste processo que revelou ser flexível e dinâmico. O projeto foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto e permitiu desenvolver capacidades para num futuro próximo aplicar o PI adaptado ao meu serviço.

A elaboração do artigo científico foi igualmente importante, contudo surgiram algumas dificuldades e foi necessária uma abordagem criteriosa dos artigos e das orientações internacionais. Devido a ser uma temática bastante abrangente, no relatório de estágio tentámos agregar os conhecimentos adquiridos da elaboração do artigo científico e do PI, no qual foram abordados o suporte nutricional e a avaliação do risco nutricional na PSC, respetivamente. Durante a pesquisa foi perceptível o défice de estudos acerca desta temática a nível nacional. Por este motivo, torna-se premente a realização de mais estudos que analisem os cuidados de enfermagem que são realizados à PSC com défice no autocuidado alimentar.

Durante a análise da evidência consultada foi evidente a necessidade de protocolos que auxiliem os enfermeiros a melhorar a qualidade dos cuidados na gestão nutricional da PSC, quer seja a nível da avaliação do risco nutricional quer seja a nível do suporte nutricional adequado. Acredito que a intervenção do enfermeiro é crucial, pois é um autocuidado na qual nós, enfermeiros, prestamos de forma autónoma.

Relativamente as dificuldades sentidas, uma delas residiu ao longo dos contextos formativos, o facto de tentar agilizar o estágio com a atividade profissional e pessoal foi desgastante. Outra dificuldade já referida foi a prestação de cuidados no SU, especificamente no balcão, devido à rotatividade de pessoas doentes e não conseguir proporcionar um ambiente seguro.

O relatório de estágio representa o culminar de um longo processo de aprendizagem profissional e pessoal que foi adquirido durante o contexto formativo. Retrata ainda todo o percurso formativo no qual foi efetuado uma descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas na prática clínica e que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área MC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

De um modo geral e por tudo o que foi explanado durante o relatório considero que os objetivos propostos inicialmente foram alcançados, assim como as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem MC-PSC e as competências de Mestre em Enfermagem.

Como futura enfermeira especialista o término do relatório assinalou a conclusão desta jornada, na qual obtive conhecimentos e competências que futuramente me irão permitir prestar cuidados diferenciados com qualidade e segurança à PSC. Pretendo publicar a SR realizada durante o mestrado, bem como realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a avaliação do risco nutricional da pessoa submetida a cirurgia. O conhecimento adquirido durante a frequência do mestrado será útil para desenvolver, no serviço onde exerço funções, um projeto de avaliação do risco nutricional. Este contribuiria para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e contemplaria momentos de formação aos pares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alligood, M. R. (2018) *Nursing Theorists and Their Work*. 9ª Edição, ELSEVIER
- Amaral, T., Matos, L., Ferro, M. D. G., Kent-Smith, L., Gomes, F., SC, I., ... & Borges, N. (2020). Desenvolvimento de uma versão portuguesa do nutritional risk screening NRS 2002.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (2023). Estatísticas APAV – Relatório Anual 2022. Disponível em https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas-APAV_Relatorio-anual-2022.pdf
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A. & Kudelka, A.P. (2000). SPIKES— a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013) *Principles of Bioethical Ethics* 7ª Edição Oxford University Press
- Becker, T., Zanchim, M. C., Mognon, A., Campos Junior, L. R. D., Cibulski, T. P., Correa, J. A., & Kümpel, D. A. (2018). Risco nutricional de pacientes críticos utilizando o NUTRIC Score. *Braspen J*, 26-31.
- Cândido, A. C. D. O., & Luquetti SC,(2019). Risco nutricional em pacientes críticos utilizando o método Nutric Score Risk. *Nutr. clín. diet. hosp*, 39(2), 19-25. DOI: 10.12873/392cândido
- Compher, C., Bingham, A. L., McCall, M., Patel, J., Rice, T. W., Braunschweig, C., & McKeever, L. (2022). Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 46(1), 12-41.
- Cruz-Sánchez, J. J., Gutiérrez-Moguel, N. V., Rendón-Rodríguez, R., & Alvarado-Luis, G. (2020). Importancia de la evaluación y terapia nutricional en pacientes críticos y no críticos con COVID-19. *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición*, 7(4).
- Cuevas, C. I., Florentín de Rodas, G. D., Romero Flecha, J. R., & Barreto Marzal, C. (2023). El riesgo nutricional como predictor de gravedad en pacientes críticos con COVID-19. *Medicina (Buenos Aires)*, 83(4), 543-550

- Decreto-Lei n.º 161/96, da Ordem dos Enfermeiros [OE]. REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (2011). Disponível em <https://www.ordenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, Presidência Do Conselho De Ministros (2018) Diário da República [DR] n.º 157, série I, 16 de agosto 2018;
- Despacho n. 9390/2021 do Ministério da Saúde [MS] do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) (2021). Diário da República, n.º 187, série II, 24 setembro 2021. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf~>
- Despacho n.º 6634/2018 do Ministério da Saúde [MS] do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2018). Diário da República [DR], n.º 129, série II, 6 de julho 2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/129-2018-115645168>
- Despacho n.º 9984/2023, do Ministério da Saúde o Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde: Implementação e reforço da identificação sistemática do risco nutricional em todos os níveis de cuidados do SNS — cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados, de modo a reduzir o risco de complicações associadas à desnutrição. (2023). Diário da República [DR], n.º 188, série II, 27 de setembro 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/188-2023-222069262>
- Despacho n.º 10901/2022, do Ministério da Saúde o Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (2022). Diário da República [DR]. n.º 174, série II, 08 de setembro 2022;
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa Nº 09/DGCG. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio-2017.aspx>

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2022) Norma clínica n.º 020/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixes de Intervenção” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf;
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2022) Norma Clínica n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação”. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_as-soc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf;
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2022) Norma n.º 019/2015 atualizada a 29/08/2022 “ Feixes de Intervenção” para a Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical;
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2022) Norma Clínica 022/2015 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Disponível em https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf;
- Direção-Geral da Saúde [DGS] Norma N.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. [Web page] Lisboa: DGS; 2017c [updated 2020; cited 2020 9 maio]. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- González-Salazar, L. E., Guevara-Cruz, M., Hernández-Gómez, K. G., & Serralde-Zúñiga, A. E. (2020). Manejo nutricional del paciente hospitalizado críticamente enfermo con COVID-19. Una revisión narrativa. *Nutrición Hospitalaria*, 37(3), 622-630
- Graveto, J. M. G. N., Rebola, R. I., Fernandes, E. A. & Costa, P. J. S. (2018). *Hand hygiene: nurses’ adherence after training*. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(3), 1258-1262. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0239>
- Heyland, D. K., Dhaliwal, R., Jiang, X., & Day, A. G. (2011). Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: the development and initial validation of a novel risk assessment tool. *Critical care (London, England)*, 15(6), R268. <https://doi.org/10.1186/cc10546>;
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo (2021), Normas APA 7ª edição, Guia Informativo do IPVC;

- Kim, H., Stotts, NA, Froelicher, ES, Engler, MM e Porter, C. (2013). Ingestão nutricional enteral em pacientes adultos coreanos em terapia intensiva. *Jornal Americano de Cuidados Críticos*, 22 (2), 126-135.
- Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). 2003;22(3):321-36.
- Larrabee, J. H. (2009). Nurse to Nurse - Evidence Based Practice: Expert Interventions. *McGraw-Hill Global Education Holdings*. ISBN 0-07-164276-5.
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República [AR]: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República [DR], n.º 181, serie I, 16 de setembro 2015;
- Lei n.º 27/2006 Assembleia da República [AR]: Aprova Lei de Bases da Proteção Civil. (2006), n.º 126 de 3 de julho 2006 https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=1735A0046&nid=1735&nversao=&tabela=leis&so_miolo=
- Lopes, R. P. L., de Sousa Oliveira, M., da Costa, R. M., Costa, F. A., Duarte, A. C. S., de Souza Abreu, V., & da Mata, D. L. (2022). Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes críticos. *REVISTA CIENTÍFICA DA ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DE GOIÁS" CÂNDIDO SANTIAGO"*, 8, 1-14. <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2022.V8.80013>
- Mano, D., Vidal, C., de Mendonça, T., Sousa, R., Santos, M., Pinho, J. P., Marinho, R., & Marinho, A. (2022). Avaliação da Massa Muscular e Suporte Nutricional no Doente Crítico. *Medicina Interna*, 29(1), 13–18. <https://doi.org/10.24950/rspmi.2022.01.220>
- Marinho, R., Pessoa, A., Lopes, M., Rosinhas, J., Pinho, J., Silveira, J., ... & Jager-Wittenaar, H. (2021). Prevalência de Risco Nutricional no Internamento nas Unidades de Medicina Interna em Portugal: Estudo Multicêntrico Transversal ANUMEDI. *Acta médica portuguesa*, 34 (6), 420-427. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.13182>
- Matejovic, M., Huet, O., Dams, K., Elke, G., Vaquerizo Alonso, C., Csomos, A., Krzych, Ł. J., Tetamo, R., Puthucherry, Z., Rooyackers, O., Tjäder, I., Kuechenhoff, H., Hartl, W. H., & Hiesmayr, M. (2022). Medical nutrition therapy and clinical outcomes in critically ill adults: a European multinational, prospective observational cohort study (EuroPN). *Critical Care*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03997-z>
- 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: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>
- Meira da Silva, L. M., Tanita, M. T., Saori Hirata, L., Montezeli, J. H., & Gastaldi, A. B. (2020). PACOTE DE MEDIDAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19, <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. DOI: 10.4025/cienccuid-saude.v19i0.50253
 - Mendes, R., Policarpo, S., Fortuna, P., Alves, M., Virella, D., & Heyland, D. K. (2017). Nutritional risk assessment and cultural validation of the modified NUTRIC score in critically ill patients—A multicenter prospective cohort study. *Journal of Critical Care*, 37, 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.08.001>
 - Montero-González, M. (2023). Controversia 2. Cuidados de la nutrición enteral en el paciente crítico. *Nutrición Hospitalaria*, 40(SPE1), 51-57
 - Mustra, C., & Loureiro, M. H. V. S. (2023). As necessidades energéticas basais medidas por calorimetria indireta versus equações preditivas. A avaliação da população Portuguesa justifica-se?. *ACTA PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO* 32 (2023) 82-89 <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2023.3213>
 - Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Concetual. Enunciados Descritivos. *In Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
 - Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *In Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
 - Ordem do Nutricionistas (2019) NOP 003/2019, VERSAO 01 Identificação do risco nutricional/desnutrição no adulto;
 - Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby;
 - Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71;

- Pastrana, E. I., Zúñiga, A. E. S., & de la Barca, A. M. C. (2022). Critical deficiencies of energy and protein with a high provision of non-nutritional calories after one week in an intensive care unit. *Nutricion Hospitalaria*, 39(1), 5–11. <https://doi.org/10.20960/nh.03734>
- Paz, L. D. S. C., & do Vale Couto, A. (2016). Avaliação nutricional em pacientes críticos: revisão de literatura. *Braspen Journal*, 31(3), 269-277. <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2016.31.3.16>
- Perão, O. F., Bub, M. B. C., Rodríguez, A. H., & Zandonadi, G. C. (2014). Gravidade de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 261-268.
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS]. (2019). Rastreio Nutricional: Documento de apoio à Implementação da Avaliação do Risco Nutricional. *Direção Geral de Saúde*, 18. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/rastreio-nutricional--documento-de-apoio-a-implementacao-da-avaliacao-do-risco-nutricional.aspx>
- Rahman, A., Hasan, R. M., Agarwala, R., Martin, C., Day, A. G., & Heyland, D. K. (2016). Identifying critically-ill patients who will benefit most from nutritional therapy: further validation of the “modified NUTRIC” nutritional risk assessment tool. *Clinical nutrition*, 35(1), 158-162. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.01.015>
- Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República [DR], n.º 26, série II, 6 de fevereiro 2019; <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015). Diário da República, n.º 123, série II, 26 de junho de 2015;
- Regulamento N.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (2018) Diário da República [DR] n.º 135, Serie II de 16 de julho de 2018;

- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (2019) Diário da República, n.º 184, série II, 25 de setembro de 2019;
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (10), 125–134. <https://doi.org/10.12707/riv16008>
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Image--the journal of nursing scholarship*, 31(4), 317–322. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>;
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas*. Revista Percursos, 15, 1-37
- Ruiz-Santana, S. (2023). El reto de evaluar la situación nutricional de los pacientes y su evolución durante el tratamiento. Desde el paciente crítico hasta el paciente ambulatorio (I). *Nutrición Hospitalaria*, 40(SPE1), 15-19.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Ferramentas a utilizar para a identificação de risco nutricional em Unidades de Saúde Hospitalares. 31/08/2018, Versão 1.1, de 26/10/2018: https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/11/SPMS_2018_NormaTecnica_Avaliac_a_o_Risco_Nutricional_v1.1.pdf;
- Sharma, K., Mogensen, K. M., & Robinson, M. K. (2019). Pathophysiology of critical illness and role of nutrition. *Nutrition in clinical practice*, 34(1), 12-22.
- 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>
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Calder, P. C., Casaer, M., Hiesmayr, M., ... & Bischoff, S. C. (2023). ESPEN practical and partially revised guideline: clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 42(9), 1671-1689.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI]. (2023). Transporte de Doentes Críticos: Recomendações 2023. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Souza, D., Brandão, V., Martins, M., Morais, J. & Jesus, N. (2021). Teorias de Enfermagem: Relevância para a Prática Profissional na Atualidade. In *Teorias*

- de Enfermagem: Relevância para a Prática Profissional na Atualidade Editora Inovar. <https://doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9>
- Stuqui, M., Beccaria, L. M., Albertini, S. M., & des de Godoy, M. F. (2022). Ângulo De Fase Como Potencial Marcador Do Estado Nutricional De Pacientes Em Terapia Intensiva. *Cogitare Enfermagem*, 27, 535–545. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81947>
 - Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.^a Edição). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
 - Universidade de Évora [UE]. (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>
 - Vallejo, K. P., Martínez, C. M., Matos Adames, A. A., Fuchs-Tarlovsky, V., Nogales, G. C. C., Paz, R. E. R., Perman, M. I., Correia, M. I. T. D., & Waitzberg, D. L. (2017). Current clinical nutrition practices in critically ill patients in Latin America: A multinational observational study. *Critical Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1805-z>
 - WHO. (2017). Global Infection Prevention and Control Unit – *Evidence of hand hygiene as the building block for infection prevention and control*. An extract from the systematic literature reviews undertaken as the background for the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330079/WHO-HIS-SDS-2017.7-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 - Zaragoza-García, I., Arias-Rivera, S., Frade-Mera, M. J., Martí, J. D., Gallart, E., San José-Arribas, A., ... & Raurell-Torredà, M. (2023). Enteral nutrition management in critically ill adult patients and its relationship with intensive care unit-acquired muscle weakness: A national cohort study. *Plos one*, 18(6), e0286598.
 - Zusman, O., Theilla, M., Cohen, J., Kagan, I., Bendavid, I., & Singer, P. (2016). Resting energy expenditure, calorie and protein consumption in critically ill patients: A retrospective cohort study. *Critical Care*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1538-4>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Plano de Sessão Formação Urgência

Local: Sala de Conferências do HD.1MG Ação de Formação: Boas Práticas de Enfermagem na inserção e manutenção do CVC	Grupo: Enfermeiros do Serviço de Urgência Data: 27/06/2023 Hora: 14:00 Duração: 60minutos Preletora: Andreia Baptista
--	---

Objetivos:

Objetivo Geral:

- Apresentar à equipa de enfermagem do serviço de urgência do HDJMG as boas práticas de enfermagem associadas à inserção e manutenção do CVC, com base na norma clínica da DGS 022/2015, atualizada a 29 agosto de 2022.

Objetivos Específicos:

- Identificar as principais Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- Identificar as complicações decorrentes do CVC;
- Identificar as boas práticas de enfermagem na inserção e manutenção do CVC, de acordo com a Norma Clínica da DGS 022/2015
- Registrar adequadamente as intervenções de enfermagem inerentes à inserção e manutenção do CVC.

	Conteúdos	Métodos/Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
1 – Introdução	Apresentação da preleção/tema;	Expositivo	Computador/Multimédia	± 5 minutos
	Apresentação do objetivo geral e dos específicos da sessão	Expositivo	Computador/Multimédia	
2 – Desenvolvimento	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde	Expositivo	Computador/multimédia	± 40 minutos
	Infeção da Corrente Sanguíneas e outras complicações associadas ao CVC	Expositivo	Computador/multimédia	
	Boas Práticas de Enfermagem na inserção do CVC	Expositivo	Computador/multimédia	
	Boas Práticas de Enfermagem na manutenção do CVC	Expositivo	Computador/multimédia	
	Registo dos feixes de Intervenção	Demonstrativo	Computador/multimédia	
3 – Conclusão	Resumo da ideia principal da sessão	Expositivo	Computador/Multimédia	± 10 minutos
	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo	Debate	
4 – Avaliação	Aplicação do questionário sobre a Avaliação da Sessão de Formação			± 5 minutos

APÊNDICE II – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

Dr. [REDACTED]

Assunto: Autorização para realização do Projeto de Intervenção na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Intermédios do Hospital [REDACTED].

Eu, Andreia Cristina Pinto Baptista, Enfermeira no serviço de [REDACTED], desde 2008, com o número mecanográfico [REDACTED], venho por este meio solicitar ao Sr. Presidente do Conselho de Administração da [REDACTED], um parecer e autorização para realizar o Projeto de Intervenção, que passo apresentar.

No âmbito do 7^a Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem Médico Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, encontro-me a realizar Estágio final na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente e Intermédios Dr. Emílio Moreira em Portalegre, com início a 11 de Setembro de 2023 e término a 26 de janeiro de 2024.

Este Estágio Final decorre sob supervisão do Enfermeiro Gestor da UCI, [REDACTED], da Enfermeira orientadora Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, [REDACTED], assim como pela Professora Dulce Santiago, docente no Mestrado em Associação em Enfermagem.

No decorrer deste Estágio Final, espera-se que sejam programadas e realizadas atividades que promovam a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica: Pessoa em situação Crítica. Uma das atividades a desenvolver neste contexto é a realização de um projeto cujo título é: “Gestão nutricional do doente Crítico”, cujo **objetivo geral** é implementar a avaliação do risco nutricional no doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Intermédios Dr. Emílio Moreira apresentar uma proposta para implementar a (NUTRIC Score). Como **objetivos específicos** pretende-se:

- Implementar a Escala Nutrition Risk in Critically Ill (NUTRIC Score) no sistema de registos, BSimple;
- Elaborar uma proposta de norma de procedimento que defina as intervenções de enfermagem na utilização da NUTRIC Score;
- Divulgar a importância da avaliação do risco nutricional através da escala NUTRIC Score numa formação em serviço.

De modo a atingir os objetivos e avaliar o projeto proponho-me a aplicar questionários. O primeiro sobre a caracterização do serviço, de forma a tentar perceber a necessidade de formação sobre o tema supracitado, e outro sobre a avaliação do desempenho do formador na sessão de formação. Comprometo-me a garantir na totalidade o anonimato e confidencialidade dos intervenientes ao longo da realização deste Projeto, assim como informar a equipa de Enfermagem e facultar a documentação elaborada.

Pede deferimento,

Portalegre, 21 de outubro de 2023

APÊNDICE III – Autorização ao Conselho de Administração

Ao CA
2024.01.17

ULSNA

INFORMAÇÃO

N.º39/2023, de 20 de dezembro

De: Maria Luíza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. Joaquim Araújo

C/C:

ASSUNTO: Projeto de Intervenção "Gestão Nutricional do Doente Crítico".

ULSNALE, EPE
Conselho de Administração

Joaquim Araújo, Presidente

Vera Escoto, Diretora Clínica Hospitalar

Ana Brás, Diretora Clínica CSP

Jorge Marques, Enfermeiro Diretor

Raul Cordeiro, Vogal Executivo

Ana Amélia Silva, Vogal Executivo

DELIBERAÇÃO

TOMADO CONHECIMENTO e delibera este CA, concordar e APROVAR o proposto na presente Informação, autorizando-se o projeto de intervenção: "Gestão Nutricional do Doente Crítico.". À Requerente Enf.ª Andreia Cristina Pinto Baptista, com conhecimento à Comissão de Ética.
2024.01.17.

A mestrand, Andreia Cristina Pinto Baptista, a frequentar o mestrado de Enfermagem em Associação-especialização Médico-cirúrgica- A pessoa em Situação Crítica, solicitou autorização à ULSNA para realização do Projeto de Intervenção em serviço: "Gestão Nutricional do Doente Crítico."

Cumpré apreciar:

I- Enquadramento/ Fundamentação e Pertinência do Estudo

O estudo insere-se no âmbito do mestrado, tendo sido considerado pela equipa onde a requerente se encontra a estagiar que, com a implementação da instrução de trabalho que se propõe realizar, proporcione aos enfermeiros o desenvolvimento de competências na área da gestão nutricional do doente crítico.

II- Objetivos

Como objetivo major, pretende-se adequar a gestão nutricional na pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos.

III- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

O mestrando propõe-se efetuar uma pesquisa bibliográfica, identificar e consultar as atuais diretrizes da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos; ESPEN e ASPEN. Reunir com a equipa multidisciplinar, pessoal de enfermagem, equipa médica e nutricionistas, para planeamento e implementação da escala NUTRIC Score. Posteriormente terá lugar uma sessão formativa sobre avaliação do risco nutricional no doente crítico, sendo que no final será apresentada uma proposta de Instrução de Trabalho.

Não são tratados dados sensíveis, pelo que não tem aqui aplicabilidade os fundamentos de legitimidade e licitude, tal como se encontram explanados no RGPD.



INFORMAÇÃO.
N.º39/2023, 20 de dezembro

O projeto de intervenção é desenvolvido pela trabalhadora que, no exercício das suas funções, pretende contribuir para uma maior capacitação da equipa de enfermagem relativamente às suas intervenções na utilização da NUTRIC Score, visando desta forma, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes em situação crítica.

IV- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto de intervenção, concluímos pela importância do mesmo. A metodologia proposta não viola questões ético legais, não sendo tratados dados sensíveis na conceção que o RGPD lhe atribui.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do projeto de intervenção: "*Gestão Nutricional do Doente Crítico*"

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Dr.ª Andreia Cristina Pinto Baptista;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética


MARIA LUIZA LOPES
2023.12.20 14h00

Anexo: Requerimento com resumo do estudo e todos os documentos anexos.

APÊNDICE IV – ESTRATÉGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA – SR

Pesquisa CINAHL, 1ª semana de janeiro de 2024

Search	Descritores	Número de artigos
S1	(MH "Critical Illness")	15,311
S2	(MH "Critically IllPatients")	15,245
S3	(MH "Respiration,Artificial+")	38,784
S4	S1 OR S2 OR S3	65,384
S5	(MH "NutritionalSupport+")	45,382
S6	(MH "NutritionalRequirements")	5,515
S7	(MH "Enteral Nutrition")	11,134
S8	S5 OR S6 OR S7	49,673
S9	(MH "Intensive CareUnits+")	73,925
S10	(MH "Critical CareNursing+")	28,226
S11	(MH "Critical Care+")	33,043
S12	S9 OR S10 OR S11	115,830
S13	S4 AND S8 AND S12	1,487
S14	S4 AND S8 AND S12 Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20060101-20231231	297
S15	S4 AND S8 AND S12 Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20060101-20231231	284

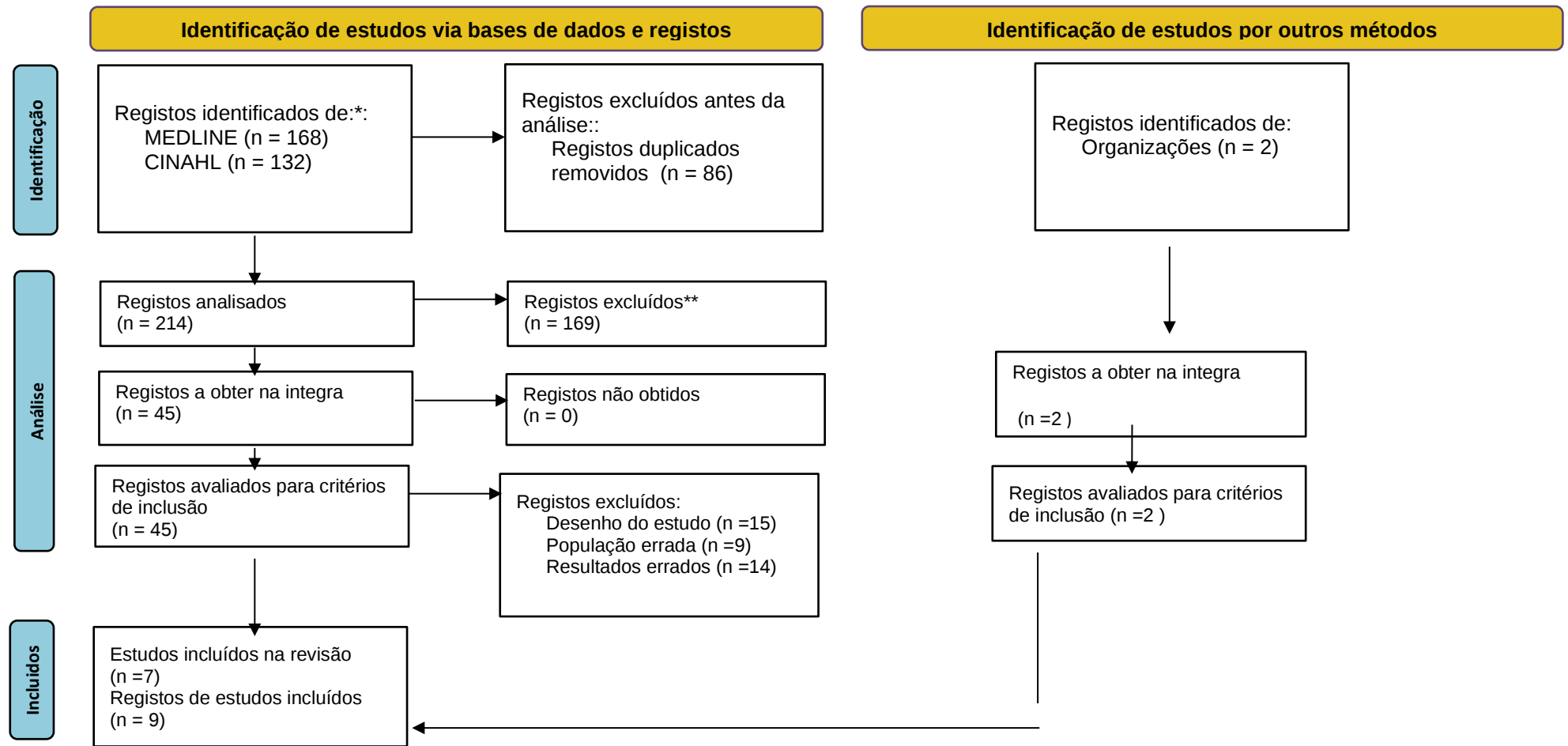
Restringir por Idioma (Português; Espanhol; Inglês)		
S16	S4 AND S8 AND S12	133
	Limitadores	
	Texto Integral; Data de Publicação: 20060101-20231231	
	Expansores	
	- Aplicar assuntos equivalentes	
	Restringir por idade:	
	- all adult	
	Restringir por Idioma (Português; Espanhol; Inglês)	

Pesquisa MEDLINE, 1ª semana de janeiro de 2024

Search	Descritores	Número de artigos
S1	(MH "Critical Illness")	39,641
S2	AB critically ill patient*	35,086
S3	TI critically ill patient*	14,713
S4	(MH "Respiration,Artificial+")	89,854
S5	(MH "NutritionalSupport+")	49,486
S6	(MH "NutritionalRequirements+")	22,180
S7	(MH "Enteral Nutrition")	22,124
S8	(MH "Critical Care+")	67,437
S9	(MH "Intensive CareUnits+")	107,594
S10	(MH "Critical CareNursing")	2,628
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4	147,205
S12	S5 OR S6 OR S7	69,175

S13	S8 OR S9 OR S10	160,270
S14	S11 AND S12 AND S13	2,172
S15	S11 AND S12 AND S13 Limitadores - Data de Publicação: 20060101-20231231	1,580
S16	S11 AND S12 AND S13 Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20060101-20231231	344
S17	(S8 AND S12 AND S13) NOT child* Limitadores Texto Integral; Data de Publicação: 20060101-20231231	306
S18	(S8 AND S12 AND S13) NOT child* Limitadores Texto Integral; Data de Publicação: 20060101-20231231 Expansores Restringir por Idioma (Português; Espanhol; Castelhana; Inglês)	295
S19	(S8 AND S12 AND S13) NOT child* Limitadores Texto Integral; Data de Publicação: 20060101-20231231 Expansores Restringir por Idioma (Português; Espanhol; Castelhana; Inglês) Restringir por Idade: all adult:19+ years	168

APÊNDICE V – FLUXOGRAMA PRISMA



Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71.

APÊNDICE VI – RESUMO *SR*

SUPOORTE NUTRICIONAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM VENTILAÇÃO MECÂNICA EM CUIDADOS INTENSIVOS.

1. Andreia Baptista

Resumo

Introdução: A pessoa em situação crítica encontra-se num estado hipermetabólico e hipercatabólico associado a uma resposta inflamatória sistémica e à falência de um ou vários órgãos. A desnutrição dos doentes em contexto de cuidados intensivos varia de 38% a 78%, dependendo do estágio da doença e da gravidade. É recomendado pelas *guidelines* European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) e a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) que o suporte nutricional, seja iniciado o mais precocemente possível, entre as 24h a 48h, desde que a função gastrointestinal permaneça preservada. Um suporte nutricional adequado que satisfaça as necessidades nutricionais, contribui para a homeostasia do organismo e para o reforço do sistema imunitário, sendo de extrema importância o início precoce do mesmo, com a reposição adequada de proteínas, calorias e de macro e micronutrientes, após estabilização hemodinâmica.

Objetivo: Caracterizar o suporte nutricional adequado ao doente crítico com ventilação mecânica internado em Cuidados Intensivos.

CrITÉRIOS de Inclusão: Foram incluídos estudos cujos participantes são pessoas adultas em situação crítica com idade igual ou superior a 18 anos, com ventilação mecânica, que investigaram o suporte nutricional por via entérica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, publicados em Inglês, Português ou Espanhol, entre 2006 e 2023.

Método: Esta revisão scoping foi realizada segundo a metodologia recomendada pelo Joanna Briggs Institute (2020) para revisões *scoping*. Foi efetuada uma pesquisa inicial nas bases de dados CINAHL e MEDLINE para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e descritores utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa. A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e descritores identificados, foi adaptada para cada base de dados.

Resultados: Foram incluídos 7 estudos e 2 *guidelines* sobre o tema.

Conclusões: Apesar de existirem metas recomendadas para a administração calórica e proteica, os estudos incluídos revelam que há vários obstáculos que impedem que estas

sejam alcançadas. O suporte nutricional entérico pode ser realizado por bólus ou perfusão contínua, sem que tenha sido identificada uma recomendação clara para a escolha de um método. Um suporte nutricional adequado pode ter efeitos benéficos nos dias de internamento, no desmame precoce da VM e na taxa de mortalidade.

Palavras-Chave: Suporte Nutricional; Necessidades Nutricionais; Pacientes Críticos; Respiração Artificial; Nutrição Enteral; Unidades de Cuidados Intensivos

Abstract

Background: The critically ill person is in a hypermetabolic and hypercatabolic state associated with a systemic inflammatory response and the failure of one or more organs. Malnutrition in intensive care patients ranges from 38 per cent to 78 per cent, depending on the stage of the illness and its severity. The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) guidelines recommend that nutritional support be started as early as possible, between 24 and 48 hours, as long as gastrointestinal function remains preserved. Adequate nutritional support that meets nutritional needs contributes to the body's homeostasis and to strengthening the immune system, and it is extremely important to start it early, with adequate replacement of proteins, calories and macro and micronutrients, after haemodynamic stabilisation.

Objective: To characterise appropriate nutritional support for mechanically ventilated critically ill patients in intensive care.

Inclusion Criteria: We included studies whose participants were adults in critical condition aged 18 or over, with respiratory pathology and mechanical ventilation, which investigated enteral nutritional support in an Intensive Care Unit setting, published in English, Portuguese or Spanish, between 2006 and 2023.

Method: This scoping review was carried out according to the methodology recommended by the Joanna Briggs Institute (2020) for scoping reviews. An initial search was carried out in the CINAHL and MEDLINE databases to identify articles on the topic. The text words contained in the titles and abstracts of the relevant articles and descriptors used to describe the articles were used to develop a full search strategy. The search strategy, including all the keywords and descriptors identified, was adapted for each database.

Results: 7 studies and 2 guidelines on the subject were included.

Conclusions: Although there are recommended targets for calorie and protein administration, the included studies reveal that there are several obstacles preventing these from being achieved. Enteric nutritional support can be carried out by bolus or continuous perfusion, without a clear recommendation for the choice of method having been identified. Adequate nutritional support can have beneficial effects on hospitalisation days and mortality rates.

Keywords: Nutritional Support; Nutritional Requirements; Critically ill Patients; Respiration Artificial; Enteral Nutrition; Intensive Care Units

APÊNDICE VII – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NA UCIP

Local: Online	Grupo: Enfermeiros da UCIP
Ação de Formação: Avaliação do Risco Nutricional na Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos	Data: 18/01/2024 Hora: 17:00
	Duração: 60minutos
	Preletora: Andreia Baptista

Objetivos:

Objetivo Geral:

- Compreender a importância de avaliar o risco nutricional na pessoa em situação crítica em contexto de UCI

Objetivos Específicos:

- Conhecer as escalas NRS 2002 e NUTRIC Score para identificação do risco nutricional do doente em situação crítica;
- Identificar a diferença entre ambas as escalas de avaliação do risco nutricional;
- Reconhecer a importância do registo da avaliação do risco nutricional.

	Conteúdos	Métodos/Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
1 – Introdução	Apresentação da preleitora/tema;	Expositivo	Computador/Multimédia	± 5 minutos
	Apresentação do objetivo geral e dos específicos da sessão	Expositivo	Computador/Multimédia	
2 – Desenvolvimento	Desnutrição na PSC	Expositivo	Computador/multimédia	± 40 minutos
	Escala para Avaliação do Risco Nutricional	Expositivo	Computador/multimédia	
	Apresentação da Escala NRS 2002 – vantagens e desvantagens	Expositivo	Computador/multimédia	
	Apresentação da Escala NUTRIC Score – vantagens e desvantagens	Expositivo	Computador/multimédia	
3 – Conclusão	Resumo da ideia principal da sessão	Expositivo	Computador/Multimédia	± 10 minutos
	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo	Debate	
4 – Avaliação	Aplicação do questionário elaborado no Google Forms sobre a Avaliação da Sessão de Formação			± 5 minutos

APÊNDICE VIII – SELEÇÃO DOS ESTUDOS DA SR

Apresentação dos resultados da pesquisa - SR

A1	Close to recommended caloric and protein intake by enteral nutrition is associated with better clinical outcome of critically ill septic patients: secondary analysis of a large international nutrition database
Autores do estudo	Gunnar Elke; Miao Wang; Norberto Weiler; Dia Andrew G; Daren K. Heyland
Ano	2014
Objetivo do estudo	Avaliar o efeito da quantidade de energia e proteína fornecida pela Nutrição Entérica (NE) em doentes sépticos
Tipo de estudo	Estudo quantitativo descritivo retrospectivo de análise de bases de dados
Participantes	Foram incluídos neste estudo 2,270 doentes com o diagnóstico de sépsis e/ou pneumonia, internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por um período ≥ 3 dias, ventilados mecanicamente após 48h de admissão na UCI recebendo apenas NE
Intervenções	A adequação nutricional foi definida como a quantidade total de energia ou proteína recebida da NE durante os primeiros 12 dias de UCI dividida pela quantidade prescrita no início do estudo e expressa em percentagem. Os dados foram colhidos diariamente até ao 12º dia ou até ao óbito ou alta da UCI.
Conclusões	Em doentes sépticos o fornecimento de calorias e proteínas mais próximo das quantidades recomendadas na fase inicial está associado a desfecho favorável.

A2	Resting energy expenditure, calorie and protein consumption in critically ill patients: a retrospective cohort study
Autores do estudo	Oren Zusman; Miriam Theilla; Jonathan Cohen; Ilya Kagan; Itai Bendavid; Pierre Singer
Ano	2016
Objetivo do estudo	Avaliar o resultado em relação à percentagem de calorias e proteínas administradas a dividir pelo Gasto Energético em Repouso (GER) avaliado através da Calorimetria Indireta (CI)
Tipo de estudo	Estudo quantitativo descritivo

Participantes	1.171 doentes em situação crítica com um internamento em UCI > 96 horas
Intervenções	Os doentes foram submetidos a avaliações por CI, que receberam nutrição enteral com ou sem suplementação de nutrição parenteral total (NPT). O calorímetro foi calibrado mensalmente antes de todas as medições e o GER foi calculado usando a equação de Weir. As calorias recebidas através dos perfusões de glicose e propofol foram consideradas calorias administradas. A ingestão de proteínas foi avaliada em gramas por dia, sendo a meta de 1,3 g/kg.
Conclusões	Os resultados deste estudo sugerem que tanto a subnutrição e sobrenutrição parecem ser prejudiciais para doente em situação crítica com ventilação mecânica. Verificou-se que uma administração de 70% de calorias pode ser benéfica relativamente à sobrevivência, enquanto uma meta energética de 100% pode estar associada a danos no doente. Assim a forma ideal de definir metas calóricas é através da CI.

A3	Medical nutrition therapy and clinical outcomes in critically ill adults: a European multinational, prospective observational cohort study (EuroPN)
Autores do estudo	Martin Matejovic; Olivier Huet; Karolien Dams; Gunnar Elke; Clara Vaquerizo Alonso; Akos Csomos; Łukasz J. Krzych; Romano Tetamo; Zudin Puthuchear; Olav Rooyackers; Inga Tjäder; Helmut Kuechenhoff; Wolfgang H. Hartl; Michael Hiesmayr
Ano	2022
Objetivo do estudo	Descrever a terapia nutricional até 15 dias após a admissão na UCI em doentes europeus em situação crítica com tempo mínimo de internamento de 5 dias e avaliar associações diárias entre a ingestão de calorias e proteínas com o tempo para desmame da ventilação mecânica invasiva e sobrevida aos 90 dias
Tipo de estudo	Estudo quantitativo descritivo
Participantes	Foram incluídos no estudo 1172 doentes em situação crítica, com idade entre 18 e 95 anos, com índice de massa corporal (IMC) $\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ e $\leq 45 \text{ kg/m}^2$, internados em UCI

Intervenções	A ingestão de macronutrientes provenientes da NE, NP e outras fontes não nutricionais (propofol, citrato e glicose) foi comparada com as metas recomendadas pela ESPEN.
Conclusões	Este estudo prospetivo realizado em doentes em situação crítica demonstrou que a ingestão média de calorias estava ligeiramente abaixo da meta recomendada pela ESPEN (20–25 kcal/kg), enquanto a ingestão de proteínas estava claramente abaixo da recomendação da ESPEN em 2019 de 1,3g/kg. Verificou-se que metas nutricionais mais próximas das recomendadas pela ESPEN, estão associadas ao desmame precoce da VMI.

A4	Déficit energético y proteico crítico con gran aporte de calorías provenientes de fármacos tras una semana en una unidad de cuidados intensivos
Autores do estudo	Erika Ibarra Pastrana; Aurora Elizabeth Serralde Zuniga; Ana Maria Calderon de la Barca.
Ano	2021
Objetivo do estudo	Avaliar a adequação da terapia nutricional enteral em uma unidade de terapia intensiva (UTI).
Tipo de estudo	Estudo quantitativo descritivo
Participantes	Foram incluídos 42 doentes adultos admitidos na UCI com nutrição entérica e cujo internamento foi ≥ 7 dias. Todos os doentes estavam com Ventilação Mecânica e foram alimentados com equipamento de infusão por volumes em modo contínuo.
Intervenções	Na admissão, o peso foi registado, referido pelo familiar ou utilizando o cálculo: $\text{peso (kg)} = 2,2 \times \text{IMC} + 3,5 \times \text{IMC} \times (\text{tamanho} - 1,5\text{m}).$ O tamanho foi referido pelo familiar ou estimado de acordo com o técnica da altura do joelho. A medição da bioimpedância (BIA) foi realizada na admissão e no sétimo dia, seguindo os critérios do "Instituto Nacional de Tecnologia da Saúde Assessment Conference Statement", utilizando um sistema de frequência única (RJL Quantum II Systems, Inc.). Foram utilizados: quatro elétrodos na posição distal (dois na mão e dois no pé).

	Nas primeiras 24h foi avaliada a gravidade da doença através das escalas APACHE e SOFA. Além disso nas primeiras 48h foram realizados rastreios nutricionais através de duas escalas NRS – 2002 e NUTRIC. Diariamente foi avaliada a administração de calorias e proteínas prescritas. Assim como o aporte energético de fármacos, tais como o propofol.
Conclusões	Os doentes sofreram um défice calórico/proteico, com um défice proteico crítico > 85,2g/dia e uma inadequada relação entre calorias proteicas e não proteicas, aumentando o risco de complicações.

A5	Enteral nutritional intake in adult korean intensive care patients.
Autores do estudo	Kim, Hyunjung; Stotts, Nancy A; Froelicher, Erika S; Engler, Marguerite M; Porter, Carol.
Ano	2013
Objetivo do estudo	Avaliar a ingestão nutricional de energia e proteína durante os primeiros 4 dias após o início da NE em doentes coreanos em cuidados intensivos
Tipo de estudo	Estudo quantitativo descritivo
Participantes	Inicialmente foram incluídos 45 doentes, destes somente 34 doentes concluíram o estudo.
Intervenções	As necessidades energéticas e proteicas foram determinadas através da equação de Harris-Benedict e a equação da American Dietetic Association. A ingestão de energia e proteína prescrita e recebida e quais os motivos das interrupções foram registados durante 4 dias consecutivos imediatamente após o início da NE
Conclusões	A ingestão nutricional enteral em bolús foi insuficiente nos doentes em situação crítica devido a interrupções prolongadas. Estas interrupções estão relacionadas por intolerância e procedimentos médicos

A6	The tight calorie control study (TICACOS): a prospective, randomized, controlled pilot study of nutritional support in critically ill patients.
Autores do estudo	Singer, Pierre; Anbar, Ronit; Cohen, Jonathan; Shapiro, Haim; Shalita-Chesner, Michal; Lev, Shaul; Grozovski, Elad; Theilla, Miryam; Frishman, Sigal; Madar, Zecharia;
Ano	2013
Objetivo do estudo	Determinar se o suporte nutricional orientado por medições repetidas das necessidades energéticas em repouso melhora o resultado de doentes em situação crítica
Tipo de estudo	Estudo prospetivo randomizado
Participantes	130 doentes em situação crítica com ventilação mecânica com internamento > 3 dias
Intervenções	Os doentes foram distribuídos por dois grupos, um grupo que recebia calorias com uma meta energética determinada por medições repetidas através do gasto energético em repouso por CI e um grupo de controle na qual a meta energética foi baseada no peso aquando da admissão
Conclusões	Uma intervenção nutricional supervisionada e adequada às necessidades energéticas com base em medições repetitivas de energia pode estar associado a uma menor taxa de mortalidade em cuidados intensivos

A7	Current clinical nutrition practices in critically ill patients in Latin America: a multinational observational study.
Autores do estudo	Vallejo, Karin Papapietro; Martínez, Carolina Méndez; Adames, Alfredo A. Matos; Fuchs-Tarlovsky, Vanessa; Nogales, Guillermo Carlos Contreras; Paz, Roger Enrique Riofrio; Perman, Mário Ignácio; Davisson Correia, Maria Isabel Toulson; Waitzberg, Dan Linetzky; Matos Adames, Alfredo A; Correia, Maria Isabel Toulson Davisson;
Ano	2017
Objetivo do estudo	Caraterizar as práticas atuais de nutrição clínica em contexto de cuidados intensivos na América Latina e avaliar se as práticas atuais atendem às necessidades calóricas e proteicas em doentes em situação crítica que recebem terapia nutricional
Tipo de estudo	Estudo quantitativo descritivo transversal

Participantes	1053 doentes de 116 hospitais, com idade > 18 anos internados em cuidados intensivos a receber NE e/ou Nutrição Parentérica (NP)
Intervenções	Foi registado o balanço calórico e proteico no 1º dia, o estado nutricional e a terapia nutricional prescrita. Foi feita uma análise de regressão para identificar os preditores independentes de alcance das metas calóricas e proteicas diárias. Neste estudo verificou-se que a ingestão calórica atingiu um valor > 90% da meta diária em 59,7% dos doentes no primeiro dia. A ingestão proteica atingiu um valor > 90% da meta diária em 52,4% dos doentes no primeiro dia. Verificou-se que existe um deficit proteico maior nos doentes que receberam apenas NE (50,3%) em comparação com a NP isolada (37,4%) ou em combinação de NE e NP (36,2%).
Conclusões	Conclui-se que doentes em situação crítica apresentam um deficit de 40% na ingestão calórica. Verifica-se que a administração de NP associada à NE permite um fornecimento mais adequado de energia e proteínas em comparação com a NE isolada.

APÊNDICE IX – INSTRUÇÃO DE TRABALHO UCIP

	PQ/IT-UCIDEM Avaliação do risco nutricional na Pessoa em situação crítica em
--	--

1. OBJECTIVO

- Uniformizar o registo da avaliação do risco nutricional na pessoa em situação crítica em cuidados intensivos;
- Enquadrar os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem nos pontos 2. Enquadramento conceptual; 2.4 Cuidados de Enfermagem; 3. Enunciados descritivos, 3.3. A prevenção de complicações, 3.6. A organização dos cuidados de enfermagem

2. DEFINIÇÕES

2.1 - Documentos de referência

- Despacho n.º 6634/2018
- Despacho n.º 9984/2023
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
- Diretrizes ESPEN (2023)
- Diretrizes ASPEN (2022)

2.2 – Conceitos

- A prevalência de desnutrição em doentes internados em contexto hospitalar varia entre a 20% a 50%, dependendo da população estudada e dos critérios de diagnóstico (Despacho n.º 6634/2018);
- A desnutrição tem um impacto negativo na qualidade de vida e contribui para resultados clínicos adversos (Marinho et al., 2021):
 - Aumento do risco de infeções;
 - Má cicatrização de feridas;
 - Maior tempo de internamento;
 - Aumento dos custos hospitalares;
 - Maiores taxas de morbilidade e mortalidade

- O doente crítico apresenta um maior risco de desnutrição devido ao estado hipermetabólico e hipercatabólico que surge durante o processo inflamatório e que posteriormente pode levar à falência multiorgânica. (Cândido & Luquetti, 2019; Lopes et al., 2022; Mano et al., 2022);
- Durante a fase crítica da doença o doente pode perder até 1kg/dia de massa muscular devido ao catabolismo proteico (Gonzalez-Salazar et al.,2020; Mano et al.,2022);
- Este rápido declínio é um fator de risco a nível nutricional, assim como no prognóstico do doente;
- Uma intervenção precoce no estado do doente minimiza complicações e reduz o tempo de internamento(Stuqui et al., 2022);
- É recomendada a identificação e avaliação do risco nutricional no doente crítico nas primeiras 24-48 horas (Gonzalez-Salazar et al.,2020).

2.3 - Siglas

ASPEN – American Society for Parenteral and Enteral

NutritionCLMB – Circunferencia da linha media do braço

ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and

MetabolismKg. – Kilograma

IMC – Índice de Massa Corporal

NRS 2002 - Nutritional Risk Screening 2002

3. DESCRIÇÃO

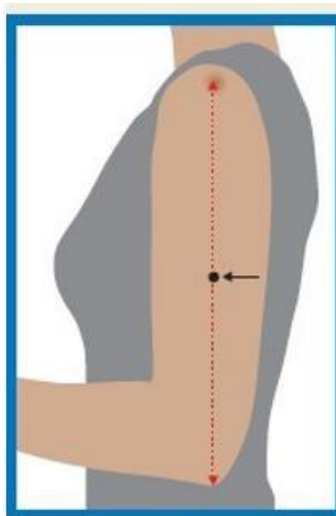
1. Após admissão e estabilização hemodinâmica da pessoa em situação crítica deve ser efetuado o registo da avaliação do risco nutricional num período de 24 a 48 horas;
2. O registo é efetuado na plataforma BSimple pelo enfermeiro responsável do doente nesse período;
3. A escala NRS 2002 está inserida nos diagnósticos de enfermagem e o foco é Ingestão Nutricional Comprometida;
4. Deve ser selecionada a Escala e efetuar o seu preenchimento;

5. A escala NRS 2002 está dividida em duas fases (Rastreio Inicial e Rastreio Final);
6. O rastreio inicial é composto por 4 questões, como exemplifica a seguinte imagem:

RASTREIO INICIAL

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

7. Caso não seja possível saber o IMC deve ser utilizada uma fita métrica e avaliar a Circunferência da Linha Média do Braço (CLMB) não dominante, como exemplifica a seguinte imagem:



8. Se a CLMB for < 23,5cm é provável que o IMC seja < 20 Kg/m², se CLMB > 32 cm é provável que IMC seja > 30Kg/m²;
9. Caso existe uma resposta “sim” nas perguntas do rastreio inicial deve ser preenchido o rastreio final, como exemplifica a seguinte imagem:

RASTREIO FINAL

Deterioração do estado nutricional	*	Perda de peso > 5% em 1 mês (...)
Gravidade de doença	*	Lesão craneoencefálica*, Transpl...
Idade >= 70 anos	*	Sim
Observações		Observações

10. O doente está em risco nutricional quando a pontuação for igual ou superior a 3;
11. Se score for igual ou superior a 3, o doente deve ser referenciado para o Serviço de Nutrição e Dietética para posterior avaliação, diagnóstico, intervenção e monitorização nutricional;
12. Se score de 1 a 2 ponderar intervenção nutricional por parte do Serviço de Nutrição e Dietética e avaliar o risco nutricional semanalmente;
13. Se score de 0 repetir avaliação semanalmente.

4. RESPONSABILIDADES

Ação	Responsável
Cumprir os procedimentos aqui definidos	Enfermeiro responsável pelo doente no período das 24h a 48h após a sua admissão
Garantir o cumprimento da norma no âmbito das suas atividades	Enfermeiro Gestor/ Responsável do Serviço

5. REGISTOS

Identificação	Indexação	Responsável pelo Arquivo	Arquivo Vivo	Arquivo Morto
Dia, data e hora	Bsimple	Enfermeiro responsável pelo doente no período das 24h a 48h após a sua admissão	vitalício	vitalício

Diagnóstico de Enfermagem	Bsimple	Enfermeiro responsável pelo doente no período das 24h a 48h após a sua admissão	vitalício	vitalício
Intervenções de Enfermagem	Bsimple	Enfermeiro responsável pelo doente no período das 24h a 48h após a sua admissão	vitalício	vitalício

6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

Edição	Ponto Alterado	Descrição

7. APROVAÇÃO

Edição 01 Data.19.01.2024 Página 8 de 9	Elaborado por: Andreia Baptista 	Revisto por:	Autorizado por:
---	---	--------------	-----------------

Boas Práticas de Enfermagem na Manutenção do CVC

Docente: Prof. Dra. Maria Dulce Santiago
Enfermeira Orientadora: Enf. Especialista EMC-PSC Marisa Cristiano
Discente: Aluna 7º Mestrado em Associação Andreia Baptista

Avaliar
diariamente a
possibilidade
de remoção do
CVC



Realizar
higiene das
mãos antes e
apos
manipulação
do CVC



Descontaminar os pontos de acesso com CHD a 2% ou a álcool a 70%



Utilizar técnica assética e máscara facial na realização do penso



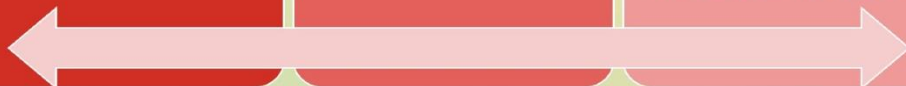
Desenvolver
treino e
competência
na
manutenção
do CVC



LÚMEN PROXIMAL PARA COLHEITAS DE SANGUE



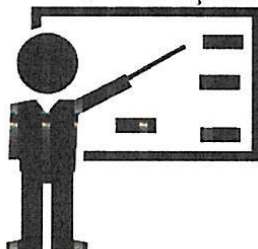
FÁRMACOS
VASOPRESSORES E
NPT DEVEM SER
ADMINISTRADOS
NO LÚMEN MÉDIO
DO CVC
ISOLADAMENTE



ANEXOS

ANEXO A – CERTIFICADO DE FORMADORA

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL



Certifica-se que ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA natural de Elvas nascido/a em 24-08-1984, com o N.º de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7 válido até 13-01-2031, foi Formador/a do Curso de Formação Profissional de "Avaliação do Risco Nutricional na Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivo" na ULSNA, EPE no(s) dia(s) 18 de Janeiro de 2024, com a duração de 01h00 horas.

Portalegre, 17 de abril de 2024

O(A) Responsável pelo(a) Unidade Local de saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

Assinatura
Responsável/Coordenador
ULSNA EPE

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho n.º 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

ANEXO B - FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE GESTÃO DE RISCO EM SAÚDE: A SEGURANÇA DO CLIENTE



Certificado de Formação Profissional



Certifica-se que ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA natural de Elvas nascida em 24/08/1984, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 12519180 válido até 13/01/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente, em 14/12/2023, com a duração de 15:00 horas.



Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Introdução à Segurança do Cliente	6:00	-
Literacia em Saúde e Capacitação do Cliente para a sua Segurança	4:00	-
Gestão do Risco em Saúde	5:00	-



Lisboa, 08 de janeiro de 2024

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Enfermeiros - Associação Pública Profissional

(Assinatura e selo branco ou carimbo)



Certificado n.º 2093/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

ANEXO C – FORMAÇÃO PPCIRA

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA**, natural de Elvas, nascido(a) em 24-08-1984, com o N.º de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7, válido até 13-01-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **PPCIRA**, no(s) dia(s) 21 de Novembro de 2023, com a duração de 06h00.

Portalegre, 07 de fevereiro de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

Alberto Correia Alves
Enfermeiro Gestor
Responsável/Gestor da Unidade
Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.
(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora
certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho n.º 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado n.º 3221/2023

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

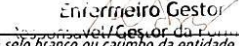


Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA**, natural de Elvas, nascido(a) em 24-08-1984, com o Nº de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7, válido até 13-01-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **PPCIRA**, no(s) dia(s) 15 de Novembro de 2023, com a duração de 06h00.

Portalegre, 07 de fevereiro de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

Alberto Correia Alves
Enfermeiro Gestor


(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora
certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 3237/2023

ANEXO D – FORMAÇÃO WEBINAR CONEXOES SEGURAS



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA

membro nº57820 desta Ordem, participou no(a) "Webinar Conexões seguras", realizado no dia 28 de Junho de 2023, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "CiscoWebex Events".

P¹ª Bastonária

A assinatura de Luís Filipe Barreira é escrita em tinta preta, com uma caligrafia cursiva.

Luís Filipe Barreira

Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

ANEXO E – FORMAÇÕES REALIZADAS

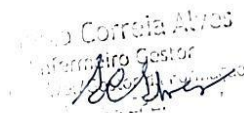
CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL



Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA** natural de Elvas, nascido(a) em 24-08-1984, com o Nº de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7 válido até 13-01-2031, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional de "WORKSHOP DE ECG" de 03-07-2023 a 03-07-2023, com a duração de 02h00 hora(s).

Portalegre, 13 de abril de 2024

O(A) Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.


Paula Correia Alves
Enfermeira Gestor

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 307/2023

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA**, natural de Elvas, nascido(a) em 24-08-1984, com o Nº de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7, válido até 13-01-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **Escala CAM-ICU na prevenção e controlo da confusão aguda/delirium no doente crítico**, no(s) dia(s) 11 de Janeiro de 2024, com a duração de 01h00.

Portalegre, 17 de abril de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.



(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora
certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 584/2024



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO ALENTEJO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA**, natural de Elvas, nascido(a) em 24-08-1984, com o N° de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7, válido até 13-01-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico**, no(s) dia(s) 18 de Janeiro de 2024, com a duração de 01h00.

Portalegre, 18 de abril de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo.

Alberto Correia Alves
Enfermeiro

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora
certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 150/2024

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei nº 50-B/2007, de 28 de Fevereiro

Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL +351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL : admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO ALENTEJO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA**, natural de Elvas, nascido(a) em 24-08-1984, com o N.º de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7, válido até 13-01-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **Otimização de Oxigenoterapia de Alto Fluxo**, no(s) dia(s) 26 de Janeiro de 2024, com a duração de 01h00.

Portalegre, 18 de abril de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo.

Alberto Correia Alves

Enfermeiro Gestor

Responsável pela Formação

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação

Unidade Formativa Acreditada

Despacho n.º 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado n.º 327/2024

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro

Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL

TEL +351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL : admin@ulsna.min-saude.pt || www.ulsna.min-saude.pt

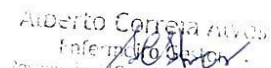
CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL



Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA** natural de Elvas, nascida em 24-08-1984, com o Nº de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7 válido até 13-01-2031, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional de "TERAPÊUTICA INALATÓRIA" em 24-05-2023, com a duração de 01h30 hora.

Portalegre, 31 de maio de 2023

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.


(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora certificada)
Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 146/2023



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO ALENTEJO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA**, natural de Elvas, nascido(a) em 24-08-1984, com o Nº de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7, válido até 13-01-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **PREVENÇÃO DE INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADO AO USO DE CATETER VESICAL**, no(s) dia(s) 27 de Junho de 2023, com a duração de 01h00.

Portalegre, 13 de abril de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo.


Responsável

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora
certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 3607/2023

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei nº 50-B/2007, de 28 de Fevereiro

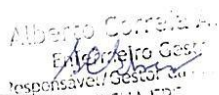
CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA**, natural de Elvas, nascido(a) em 24-08-1984, com o Nº de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7, válido até 13-01-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **Abordagem pré-hospitalar do TCE**, no(s) dia(s) 31 de Janeiro de 2024, com a duração de 01h30.

Portalegre, 01 de março de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.


Responsável Gestor da Unidade

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora
certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 838/2024



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO ALENTEJO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA**, natural de Elvas, nascido(a) em 24-08-1984, com o N° de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7, válido até 13-01-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **APRESENTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ESCALA DE NEWS AOS DOENTES INTERNADOS EM SO**, no(s) dia(s) 20 de Junho de 2023, com a duração de 01h00.

Portalegre, 19 de abril de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo.

Alberto Correia Alves

Enfermeiro Gestor

(Assinatura)

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho n° 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado n° 3633/2023

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

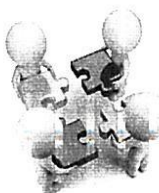
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n° 50-B/2007, de 28 de Fevereiro

Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL +351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL : admin@ulsna.min-saude.pt || www.ulsna.min-saude.pt



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO ALENTEJO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **ANDREIA CRISTINA PINTO BAPTISTA**, natural de Elvas, nascido(a) em 24-08-1984, com o Nº de Cartão de Cidadão 12519180-4ZX7, válido até 13-01-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **CRITÉRIOS DE GRAVIDADE PARA ATIVAÇÃO DA SALA DE EMERGÊNCIA**, no(s) dia(s) 20 de Junho de 2023, com a duração de 01h00.

Portalegre, 19 de abril de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo.

Alfredo Correia Alves
Alfredo Correia Alves

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora
certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 3655/2023

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO

Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei nº 50-B/2007, de 28 de Fevereiro

Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL +351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL : admin@ulsna.min-saude.pt || www.ulsna.min-saude.pt

ANEXO F - FERRAMENTA DE AUDITORIA RELATIVAMENTE AO CVC



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA INFECÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

CHECK LIST DE PROCEDIMENTO

Serviço _____
 Utente _____
 Cama _____

Data de Admissão no Hospital ____/____/____
 Data de Admissão no Serviço ____/____/____
 Data de Inserção do Cateter ____/____/____
 Data de Remoção do Cateter ____/____/____
 Data de Alta do Serviço ____/____/____

Tipo de cateter: Venoso central ☐ Artéria Pulmonar ☐ Diálise ☐ Outro ☐	Contexto da inserção: Electivo ☐ Emergente ☐ Motivo: Nova indicação ☐ Substituição ☐	Local de inserção: D E V. Jugular ☐ ☐ V. Subclávia ☐ ☐ V. Femoral ☐ ☐ SE V. FEMURAL JUSTIFICAR _____	Técnica de inserção Nº de punções da pele 1 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 4 ☐ (procurar apoio de supervisão se mais de 4 tentativas falhadas) Colocação guiada por ECO ☐
---	---	--	---

Número de lúmens
 1 ☐ 3 ☐
 2 ☐ ≥ 4 ☐

"Bundle" para o CVC (verificação final) S N
 1) Higiene das mãos ☐ ☐
 2) Barreiras de proteção máxima ☐ ☐
 3) Anti-sepsia da pele com clorhexidina 2% ☐ ☐
 4) Correta seleção do local de inserção ☐ ☐
 5) Avaliação diária da necessidade de cateter ☐ ☐

Conformidade total ☐ Não conformidade ☐

Check List do procedimento

Antes do procedimento S N
 O operador efetuou lavagem cirúrgica das mãos e antebraços ☐ ☐
 O ajudante efetuou lavagem cirúrgica das mãos e antebraços ☐ ☐
 O operador usa barrete, máscara e bata e luvas estéreis ☐ ☐
 O ajudante usa barrete, máscara e bata e luvas estéreis ☐ ☐
 Utiliza antissepsia com clorhexidina a 2% em álcool da zona de inserção do CVC ☐ ☐
 Deixa secar 30" (locais secos) (s/n) ☐ Deixa secar 2" (locais húmidos) (s/n) ☐
 Usa um pano estéril grande (lengol) para campo cirúrgico ☐ ☐

Durante o procedimento S N
 Usa luvas estéreis durante a inserção do cateter ☐ ☐
 Usa máscara, barrete e bata estéril ☐ ☐
 Mantém o campo estéril ☐ ☐
 O ajudante cumpre as mesmas medidas de barreira ☐ ☐
 Toda a equipa na sala usa máscara ☐ ☐

Após o procedimento S N
 Foi mantida técnica antiséptica durante a realização do penso ☐ ☐
 O penso foi datado ☐ ☐

No internamento no Serviço (Obrigatório para todos os cateteres do Serviço)															
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Confirmação da necessidade de CVC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Descontaminação conexões com álcool	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000	NMT 000
Higiene das mãos	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
Realização do penso com técnica assética	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
Antissepsia do penso com clorhexidina 2%	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000

MOD. XX.GCL-PPCIRA

LEGENDA: CÍRCULO PREENCHIDO ● - ATIVIDADE CUMPRIDA
 CÍRCULO TRAÇADO Ø - ATIVIDADE SEM INDICAÇÃO
 CÍRCULO NÃO PREENCHIDO ○ - ATIVIDADE NÃO EFETUADA

ANEXO G – CERTIFICADO SAV



Certifica-se que **Andreia Cristina Pinto Baptista**, nascido(a) em 24/08/1984, com o número de identificação civil ****9180, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 22/04/2023 a 23/04/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 23 de abril de 2023

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 23034403

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ANEXO H – CERTIFICADO ITLS



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Andreia Cristina Pinto Baptista, RN

has completed the

Advanced Provider Course

date

5/21/2023

course site

Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

course director

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: Z1-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTroubleIndex>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

370150-51506

Andreia Cristina Pinto Baptista, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **5/21/2023** Expiration Date **05/2026**

Course Number **51506**

Course Location

Instituto Politécnico de
Portalegre, Portalegre, INTL
(International)