



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

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

Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem

Luís Cerqueira Malheiro

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica – A 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



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

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

Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem

Luís Cerqueira Malheiro

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

A vida é uma contínua e inacabada forma de aprendizagem.

Zeferino Rocha

AGRADECIMENTOS

Ao longo do caminho que é a vida vamos conhecendo pessoas que vão acrescentando algo positivo ao nosso percurso. Sou apologista que devemos agradecer as coisas boas que a vida nos traz e por isso as próximas linhas são de agradecimento profundo aqueles que me acompanharam neste percurso.

Quero expressar a minha mais profunda gratidão à minha estimada professora orientadora, Alice Ruivo pelo seu incansável apoio e orientação ao longo da realização deste momento académico. A sua dedicação, disponibilidade e sabedoria foram fundamentais para o sucesso deste trabalho. Sempre paciente e atenciosa, partilhou generosamente o seu conhecimento e experiência, guiando-me com habilidade e confiança através dos desafios deste processo. Os seus *insights* perspicazes e *feedbacks* construtivos foram inestimáveis para o aprimoramento do meu trabalho.

Agradeço também ao Enfermeiro Orientador L.R. pela sua orientação e apoio durante o estágio, a sua orientação experiente e apoio contínuo foram essenciais para o meu desenvolvimento profissional e crescimento pessoal ao longo deste período desafiador.

Não posso deixar de expressar a minha mais profunda gratidão à minha esposa por estar ao meu lado ao longo desta jornada. O teu amor incondicional, apoio inabalável e compreensão infinita foram os pilares que sustentaram este trabalho. Nos momentos de dúvida e desafio, a tua presença foi o meu refúgio e força motriz para continuar a avançar. Agradeço do fundo do coração por partilhares comigo as alegrias das conquistas e por seres o meu porto seguro nos momentos de adversidade. Obrigado por seres a minha maior incentivadora e por me inspirares a dar o meu melhor em cada etapa deste percurso. A tua presença constante e o teu apoio incondicional foram verdadeiramente inestimáveis. Este trabalho não seria possível sem o teu amor e apoio inabaláveis. Agradeço-te do fundo do coração por estares ao meu lado, não apenas como minha esposa, mas como minha companheira de vida e parceira nesta jornada.

Aos meus amigos, gratidão por estarem sempre presentes e me apoiarem. O vosso encorajamento e companheirismo tornaram esta jornada mais leve e significativa. Obrigado por serem parte desta conquista.

Por último, aos meus pais, agradeço profundamente por me terem moldado com valores sólidos e amor incondicional. Obrigado por serem os pilares da minha educação, guiando-me com sabedoria e carinho ao longo da vida.

RESUMO

Nutrição Entérica na UCI – Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem

O presente relatório integra-se no plano curricular do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica. Este relatório tem como objetivo analisar o percurso rumo à obtenção do título de mestre e de enfermeiro especialista, com destaque para o estágio final em cuidados intensivos.

Existe um reconhecimento crescente da importância da nutrição na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde a nutrição entérica (NE) é preferível, reduzindo complicações comparada à nutrição parentérica. Diretrizes recentes procuram padronizar a NE, minimizando complicações, aqui os enfermeiros desempenham um papel crucial, garantindo suporte nutricional adequado para facilitar a recuperação da pessoa em situação crítica. Durante este estágio, foi desenvolvido um projeto de intervenção com o propósito de aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem para pessoas em situação crítica que necessitem de nutrição entérica, baseando-se na pesquisa da mais recente evidência.

A reflexão aportou-se na Teoria da Incerteza de Merle Mischel e na Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de competências relativas ao mestrado em enfermagem e especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica.

Palavras Chave: Enfermagem Médico-cirúrgica; Nutrição Entérica; Pessoa em Situação Crítica; Qualidade dos Cuidados; Unidade de Cuidados Intensivos

ABSTRACT

Enteral Nutrition in the ICU – Standards of Care and Nursing Practices

This report is part of the curricular plan of the Master's Degree in Nursing in Association, Area of Specialization in Medical-Surgical Nursing – Person in Critical Situation. This report aims to analyze the path towards obtaining the title of master and specialist nurse, with emphasis on the final internship in intensive care.

There is increasing recognition of the importance of nutrition in the ICU, where enteral nutrition (EN) is preferable, reducing complications compared to parenteral nutrition. Recent guidelines seek to standardize EN, minimizing complications. Here, nurses play a crucial role, ensuring adequate nutritional support to facilitate the recovery of people in critical situations. During this internship, an intervention project was developed with the purpose of improving the quality of nursing care for people in critical situations who require enteral nutrition, based on research into the most recent evidence.

The reflection was based on Merle Mischel's Theory of Uncertainty and Patricia Benner's Theory of Clinical Wisdom in Acute and Critical Care and enabled the acquisition and development of skills related to the master's degree and specialization in Medical-Surgical Nursing – People in Critical Situations.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Enteral Nutrition; Critically Ill Person; Quality of Care; Intensive Care Unit

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS E SÍMBOLOS

APA – American Psychological Association

BIS – Índice Biespectral

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

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

EEG – Electroencefalográfico

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

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

ESPEN – The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

ESS-IPP – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

HDFVVC – Hemodiafiltração Venonosa Contínua

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

NE – Nutrição Entérica

NP – Nutrição Parentérica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM – Pressão Arterial Média

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SU – Serviço de Urgência

TCE – Trauma Craneoenfático

TID – Teoria da Incerteza na Doença

TOT – Tubo Orotraqueal

UC – Unidade Curricular

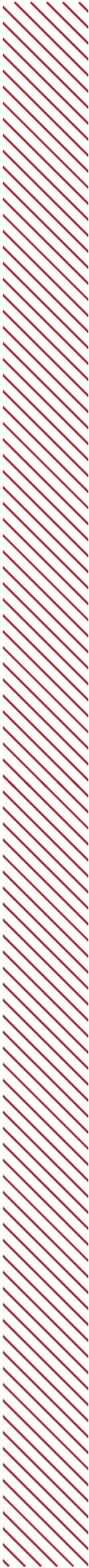
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

VRG – Volume Residual Gástrico

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	14
1.1. TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA – MERLE MISCHER.....	15
1.2. TEORIA DA SABEDORIA CLÍNICA EM CUIDADOS AGUDOS E CRÍTICOS DE PATRÍCIA BENNER	20
1.3. CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS NA ÁREA EMC – PSC	24
1.4. QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS.....	25
1.5. NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	29
2. ESTÁGIO FINAL – PROJETO DE INTERVENÇÃO	35
2.1. CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DO LOCAL DE ESTÁGIO	35
2.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO	39
2.3. PROJETO DE INTERVENÇÃO	44
2.3.1. <i>Diagnóstico da Situação</i>	45
2.3.2. <i>Planeamento</i>	47
2.3.3. <i>Execução</i>	49
2.3.4. <i>Avaliação e divulgação dos resultados</i>	54
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM	57
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	58
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	72
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
APÊNDICES.....	98
APÊNDICE I – RESUMO SCOPING REVIEW	99
APÊNDICE II – ESTUDO DE CASO.....	101
APÊNDICE III – INSTRUÇÃO DE TRABALHO NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA UCI: PADRÕES DE CUIDADOS E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM	144
APÊNDICE IV – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA UCI: PADRÕES DE CUIDADOS E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM	157
APÊNDICE V – RESPOSTAS QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO SESSÃO FORMAÇÃO NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA UCI: PADRÕES DE CUIDADOS E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM	160
APÊNDICE VI – GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO	166
APÊNDICE VII – INFOGRAFIA NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA UCI: PADRÕES DE CUIDADOS E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM	170



ANEXOS	172
ANEXO I – CERTIFICADO FORMADOR SBV	173
ANEXO II – CERTIFICADO CONGRESSO DO DOENTE CRÍTICO 2023.....	175
ANEXO III – CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO POSTER CONFIABILIDADE DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER	177
ANEXO IV – CERTIFICADO CURSO DE FORMADOR E AUDITOR DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER.....	179
ANEXO V – CERTIFICADO CURSO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA	181
ANEXO VI – CERTIFICADO CURSO <i>INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPORT</i>	183
ANEXO VII – CERTIFICADO CURSO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA.....	185
ANEXO VIII – CERTIFICADOS FORMAÇÃO EM FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE	187

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 - MODELO DE INCERTEZA PERCEBIDA NA DOENÇA. FONTE: ADAPTADO DE MISHLE, M.H. (1988).
UNCERTAINTY IN ILLNESS. IMAGE: THE JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP, 20(4), 22616

DIAGRAMA 2 - DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E SELEÇÃO DA AMOSTRA COM BASE NO ALGORITMO PRISMA
(ADAPTADO DE BMJ 2021).....52

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - JORNAIS DE APRENDIZAGEM41

TABELA 2 - ANÁLISE SWOT DO PROJETO DE INTERVENÇÃO NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA UCI46

TABELA 3 - PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO49

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, inserida no VII Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC], a decorrer no ano letivo 2023/2024 na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre [ESS-IPP]. Este documento abordará uma avaliação ponderada, analítica e bem fundamentada das atividades realizadas durante o período formativo, destacando o desenvolvimento das competências necessárias para alcançar a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem na área de Enfermagem – Pessoa em Situação Crítica [EEE-PSC], juntamente com a obtenção do título de Mestre em Enfermagem após a discussão e aprovação em provas públicas.

Ao longo do documento está descrito todo o percurso realizado durante o Estágio Final, que decorreu entre 11 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, num total de 388 horas, numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] na região do Alentejo, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Alice Ruivo e a Supervisão clínica de um EEEMC-PSC. A escolha deste local de estágio prendeu-se com a necessidade de evoluir na prestação de cuidados de enfermagem especializados de alta qualidade, sendo este serviço uma referência, na Unidade Local de Saúde onde se integra, no atendimento à pessoa/família em situação crítica. Embora a incidência deste Relatório seja sobre o período de tempo supracitado, é necessário aqui referir que neste percurso de aprendizagem contribuíram também os conteúdos teórico-práticos das unidades curriculares lecionadas ao longo deste Curso de Mestrado, bem como a experiência profissional acumulada ao longo de 17 anos de exercício de Enfermagem.

Foi elaborado um Projeto de Estágio, onde foram definidos objetivos, estratégias e atividades com o intuito de adquirir todas as competências do EEEMC-PSC. Sabemos que o título de Enfermeiro Especialista acarreta consigo a busca pela qualidade dos cuidados de enfermagem, a responsabilidade de conceber, implementar e avaliar “(...) planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvo dos seus cuidados (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 5). Nesse sentido, realizamos um projeto de intervenção durante o Estágio Final sobre “Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem”, utilizando para isso a metodologia de projeto. Há uma crescente percepção da significância da provisão nutricional para pessoas em situação crítica, particularmente naquelas que permanecem por um longo período de tempo na UCI, onde frequentemente requerem intervenções de suporte vital, resultando frequentemente num estado de catabolismo severo (Barazzoni et al., 2020; Hoyois et al., 2021; Preiser et al., 2021). Sabemos que um dos problemas

enfrentados por estas pessoas é a incapacidade de se alimentarem oralmente, nesse contexto a nutrição entérica [NE] surge como o método preferido de administração de alimentação devido às suas vantagens em relação à nutrição parentérica [NP] (Stewart, 2014; Crossfield et al., 2022). Uma das funções dos enfermeiros em cuidados críticos é garantir um suporte nutricional adequado, facilitando o processo de recuperação da pessoa (EfCCNa, 2019), da mesma forma a Ordem dos Enfermeiros diz-nos que o EEEMC-PSC garante a administração de protocolos terapêuticos complexos (Ordem dos Enfermeiros, 2018), e seguindo esta linha de pensamento procuramos mapear as intervenções de enfermagem nos diferentes momentos da administração da NE.

Este projeto de intervenção, anteriormente referido, através da compilação da mais recente evidência científica (*Scoping Review*) procurou trazer consigo para o serviço onde foi desenvolvido o enquadramento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica, nomeadamente a prevenção de complicações, a organização dos cuidados de enfermagem e a segurança nos cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O objetivo geral deste relatório é demonstrar que as atividades realizadas e as estratégias desenvolvidas ao longo do estágio final possibilitaram a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, assim como as competências de Mestre em Enfermagem. Para isso definimos como objetivos específicos, apresentar as atividades realizadas no contexto do Estágio Final; descrever o projeto de intervenção segundo a metodologia de projeto e realizar uma análise crítica e reflexiva sobre o processo de aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

Para alcançar os objetivos estabelecidos, o relatório foi organizado em 3 capítulos: um de enquadramento teórico e concetual onde é feita uma descrição da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel e da Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner, bem como fazemos uma pequena abordagem aos conceitos metaparadigmáticos, à qualidade e segurança nos cuidados e à Nutrição Entérica na pessoa em situação crítica. O segundo capítulo subdivide-se em duas partes, uma breve descrição do local de estágio e das atividades realizadas e a descrição de todas as etapas do projeto de intervenção de acordo com a metodologia de projeto. No terceiro capítulo é realizada uma análise reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem. No final surge a conclusão onde se abordam algumas das dificuldades sentidas, os resultados atingidos e avaliação do percurso até à materialização do presente relatório.

A redação deste documento cumpriu as regras do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, respeitando as diretrizes do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos

Escritos do Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre (Arco et al., 2018). Como norma de referência bibliográfica foi utilizada a da American Psychological Association (APA) 7a edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual e teórico tem por objetivo clarificar conceitos e estabelecer bases teóricas necessárias ao trabalho. Ao longo deste capítulo é feita uma descrição das teorias assumidas como referenciais na elaboração deste relatório, dos fundamentos da qualidade e o aprofundamento da temática em foco no desenvolvimento do projeto de intervenção.

A utilização de teorias de enfermagem proporciona estrutura e organização ao conhecimento, através da sistematização da colheita de dados, descrição e aplicação, como um processo de validação da intuição, fundamentando a prática profissional (Oliveira et al., 2022). Optámos pela utilização de duas teorias de Enfermagem, sendo elas a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel e a Teoria da Sabedoria Clínica em cuidados agudos e críticos de Patrícia Benner.

A razão da escolha das teorias atrás referidas, deveu-se às vivências proporcionadas pela realização do estágio final. O mesmo foi desenvolvido numa unidade de cuidados intensivos onde se prestam cuidados a pessoas em situação crítica, estas têm a sua vida ameaçada e dependem de meios avançados de suporte vital. Verificamos que a contínua preocupação com a ameaça à vida resulta numa sensação de incerteza, considerada stressante e onerosa. Isso interfere no senso de controlo da pessoa, prejudicando as suas estruturas de equilíbrio e direção de vida. A incerteza gera sentimentos de preocupação, medo e solidão, representando um delicado equilíbrio e prolongadas dúvidas diante da consciência do risco de vida (Silva & Sousa, 2019). Por outro lado, o estado de saúde da pessoa em situação crítica sofre alterações frequentes, obrigando a ajustes no plano de cuidados e nas decisões clínicas anteriormente estabelecidas, podendo a incerteza relacionada com o desfecho dos episódios e das intervenções constituir uma dificuldade à própria prestação de cuidados (Reis & Rabiais, 2020). Tendo em conta toda a explicitação realizada anteriormente, selecionamos a Teoria da Incerteza de Mishel que constitui um aporte fundamental neste percurso.

Por outro lado, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são desafiadores, exigindo decisões rápidas em situações de risco de vida. Para desenvolver esta capacidade é necessária aprendizagem prática sob pressão e capacidade de pensar e agir de forma integrada (Benner et al., 2011). A aprendizagem feita através da experiência em cuidados agudos e críticos é vista como imprescindível ao desenvolvimento da perícia ou especialidade, em enfermagem (Benner et al., 2011). Assim, como forma de fundamentar a análise reflexiva de aquisição e

desenvolvimento de competências enquanto futuro mestre e especialista de EMC – PSC foi utilizada a Teoria de Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner.

Passamos a apresentar no subcapítulo seguinte as teorias utilizadas como referenciais na elaboração deste relatório.

1.1. TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA – MERLE MISHEL

A Teoria da Incerteza na Doença [TID] de Merle Mishel é uma teoria de médio alcance, com aplicabilidade na prática, como resultado da análise de um problema clínico inicial, sujeito a pesquisas e à aplicação de outros modelos retirados de várias disciplinas, com vista à formulação de uma teoria sobre a experiência da incerteza na pessoa com doença (Mishel, 1988).

Desde o início da década de 1980 que esta teoria tem sido utilizada para explorar o conceito de “incerteza na doença”, tanto em pessoas com doenças agudas como crónicas, sendo que a incerteza em pessoas com condições crónicas permanece constante, podendo variar periodicamente, por outro lado, em pessoas com doenças agudas, como as que estão em cuidados intensivos tem variações a curto prazo (Cypress, 2016).

Mishel, define incerteza como a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados à doença. É o estado cognitivo criado quando a pessoa não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento devido à falta de informação suficiente. A incerteza ocorre nas situações em que o tomador de decisão é incapaz de atribuir um valor definido a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever resultados com precisão (Mishel, 1988, 1990).

A teoria da incerteza explica como as pessoas processam cognitivamente os estímulos relacionados à doença, bem como como estruturam o significado desses eventos (Mishel, 1990).

No início da sua investigação sobre a incerteza, o conceito não tinha sido aplicado no contexto da saúde e da doença, assim, a autora baseou-se em modelos existentes de processamento de informações e em pesquisas de personalidade da psicologia que caracterizavam a incerteza como um estado cognitivo resultante de informações insuficientes para formar um esquema cognitivo ou representação interna de uma situação ou evento. Tendo sido ela a primeira a aplicar o conceito de incerteza como fator de stress no contexto da doença, uma proposta bastante significativa para enfermagem (Alligood, 2014).

Em 1990, a teoria original foi reconcetualizada e Mishel incorporou princípios da teoria do caos e sistemas abertos para uma representação mais precisa de como a doença crónica cria desequilíbrio e como as pessoas incorporam a incerteza contínua para encontrar um novo significado na doença. Neste contexto, a incerteza é avaliada como uma oportunidade que estimula a formação de uma nova visão probabilística da vida. Para adotar esta nova visão de

vida, a pessoa deve poder contar com recursos sociais e prestadores de cuidados de saúde que aceitem a ideia do pensamento probabilístico. Quando a incerteza é enquadrada como uma parte normal da vida, torna-se uma força positiva para múltiplas oportunidades e resultantes estados de humor positivos (Alligood, 2014).

A concetualização desta teoria ocorre por três temas principais: os antecedentes da incerteza, o processo de apreciação da incerteza e o modo de lidar com a incerteza (estratégias de *coping*). Assim, a incerteza durante a doença é um processo contínuo influenciado pelos antecedentes, como o quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estrutura. Os estímulos são interpretados para construir um esquema cognitivo que reduza a incerteza, considerando padrões de sintomas, familiaridade e congruência com o evento. Esses componentes são influenciados pelas capacidades cognitivas do indivíduo e pelos fornecedores de estrutura, que oferecem recursos para reduzir a incerteza. A avaliação individual da incerteza é crucial, podendo ser percebida como perigo ou oportunidade com base em inferência ou ilusão. A adaptação ocorre quando as estratégias de *coping*, direcionadas à incerteza como oportunidade ou perigo, são eficazes (Mishel, 1988). No diagrama 1 podemos observar de forma esquematizada esta teoria.

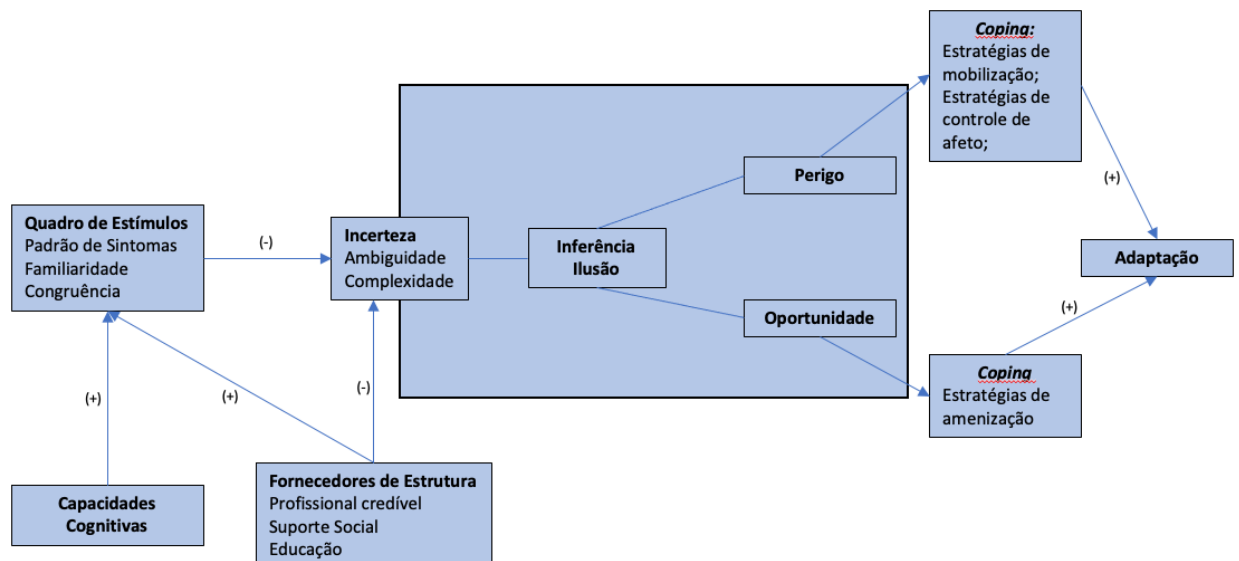


Diagrama 1 - Modelo de incerteza percebida na doença. Fonte: Adaptado de Mishle, M.H. (1988). Uncertainty in Illness. Image: the Journal of Nursing Scholarship, 20(4), 226

Os principais conceitos e definições enunciados por Merle Mishel são (Alligood, 2014):

- Incerteza: “(...) é a capacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão” (p.557)

- Esquema cognitivo: “(...) é a interpretação subjetiva da pessoa acerca da doença, tratamento e hospitalização” (p.557)
- Quadro de estímulos: “(...) é a forma, composição e estrutura dos estímulos que uma pessoa observa e que são depois estruturados num esquema cognitivo” (p.557)
- Padrão de Sintomas: “(...) é o grau no qual os sintomas apresentam consistência suficiente para serem observados como tendo um padrão ou configuração” (p.557)
- Familiaridade com o evento: “(...) é o ponto até ao qual uma situação é habitual, repetitiva ou contém pistas reconhecidas” (p.557)
- Congruência do evento: “(...) diz respeito à consistência entre o esperado e experimentado nos eventos relacionados com a saúde” (p.557)
- Fornecedores de estrutura: “(...) são os recursos disponíveis para assistir a pessoa na interpretação do quadro de estímulos.” (p.557)
- Autoridade credível: “(...) é o grau de confiança que uma pessoa tem nos seus prestadores de cuidados de saúde” (p.557)
- Apoios Sociais: “(...) os apoios sociais influenciam a incerteza, ajudando o indivíduo a interpretar o significado dos acontecimentos.” (p.557)
- Capacidades cognitivas: “(...) são as capacidades de processamento de informação de uma pessoa, refletindo tanto as capacidades inatas como os constrangimentos situacionais.” (p.557)
- Inferência: “(...) diz respeito a crenças elaboradas a partir da incerteza.” (p.557)
- Ilusão: “(...) diz respeito a crenças elaboradas a partir da incerteza.” (p.557)
- Adaptação: “(...) reflete comportamentos bio-psico-sociais que ocorrem na variedade de comportamentos das pessoas individualmente definidos.” (p.557)
- Nova perspetiva de vida “(...) diz respeito à formação de um novo sentido de ordem, resultante da integração da incerteza contínua na auto-estrutura, na qual a incerteza é aceite como ritmo de vida natural.” (p.558)
- Pensamento probabilístico: “(...) diz respeito a uma crença num mundo condicional no qual a expectativa da certeza e de imprevisibilidade contínuas é abandonada.” (p.558)

Mishel tem por base da sua teoria os seguintes postulados identificados por (Alligood, 2014) e que permitem uma melhor compreensão desta:

- A incerteza ocorre quando uma pessoa não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento relacionado à doença devido à falta de informação.
- A incerteza pode assumir a forma de ambiguidade, complexidade, falta de informação ou informação inconsistente ou imprevisibilidade.
- À medida que o padrão dos sintomas, a familiaridade com os eventos e a congruência

dos eventos (quadro de estímulos) aumentam, a incerteza diminui.

- Os fornecedores de estrutura (autoridade credível, apoio social e educação) diminuem a incerteza diretamente, promovendo a interpretação dos acontecimentos, e indiretamente, fortalecendo o quadro de estímulos.
- A incerteza avaliada como perigo estimula mecanismos de *coping* direcionados à redução da incerteza e ao gerenciamento da excitação emocional por ela gerada.
- A incerteza avaliada como oportunidade estimula mecanismos de *coping* direcionados à manutenção da incerteza.
- A influência da incerteza nos resultados psicológicos é mediada pela eficácia dos mecanismos de *coping* para reduzir a incerteza avaliada como perigo ou para manter a incerteza avaliada como oportunidade.
- Quando a incerteza avaliada como perigo não pode ser reduzida eficazmente, podem ser empregues estratégias de sobrevivência para gerir a resposta emocional.
- Quanto mais tempo a incerteza persistir no contexto da doença, mais instável se torna o modo de funcionamento anteriormente aceite pela pessoa.
- Sob condições de incerteza duradoura, os indivíduos podem desenvolver uma perspetiva nova e probabilística da vida, que aceita a incerteza como uma parte natural da vida.
- O processo de integração da incerteza contínua numa nova visão da vida pode ser bloqueado ou prolongado por fornecedores de estrutura que não apoiam o pensamento probabilístico.
- A exposição prolongada à incerteza avaliada como perigosa pode levar a pensamentos intrusivos e sofrimento emocional grave.

É crucial compreender como esta teoria pode ser aplicada na prática de enfermagem, explorando como os enfermeiros podem auxiliar as pessoas a enfrentar a incerteza. Isso envolve a ativação de diversas estratégias de *coping*, considerando a avaliação individual da pessoa em relação à incerteza. Com base nessa avaliação, os enfermeiros podem auxiliar as pessoas a construir uma compreensão cognitiva da sua experiência e desenvolver estratégias adaptativas para lidar com a situação. Nesta linha de pensamento, foi desenvolvida a escala “*Managing Uncertainty in Illness scale*” que tem sido utilizada em diversos estudos que procuram compreender a experiência da incerteza em vários contextos clínicos e populações, sendo utilizada por clínicos em mais de 15 países (Alligood, 2014).

Por forma a demonstrarmos que a Teoria da Incerteza na Doença, é uma teoria robusta, recorreremos aos critérios de avaliação e análise das teorias de enfermagem propostos por Fawcett. Jacqueline Fawcett desenvolveu uma estrutura sistemática de forma a analisar e avaliar

as diferentes teorias de enfermagem, esse sistema está em constante evolução e já sofreu várias alterações ao longo dos anos. Esta análise envolve descrições objetivas e sem julgamento das teorias, enquanto a avaliação envolve juízos sobre até que ponto as teorias de enfermagem cumprem determinados critérios (Fawcett, 2005).

Os critérios definidos por este autor são a Significância, a Consistência Interna, a Parcimônia, a Testabilidade, Indicadores Empíricos e a Adequação Pragmática.

Assim, quanto à significância esta teoria é significativa no contexto da enfermagem e da saúde, pois aborda a experiência única de lidar com a incerteza relacionada com a doença. Destacando-se a importância de compreender como os indivíduos enfrentam e adaptam-se a essa incerteza, o que é crucial para a prática de enfermagem e suas intervenções.

Quanto à consistência interna da teoria, podemos observar a interconexão lógica entre os elementos-chave, como a percepção de incerteza, o controle percebido e os processos de adaptação. Esta oferece uma estrutura lógica e integrada para compreender como a incerteza influencia o comportamento e as emoções da pessoa diante da doença.

Avaliando a parcimônia, esta teoria utiliza um conjunto essencial de conceitos para explicar a experiência da incerteza, não incluindo elementos desnecessários, mantendo-se focada nos processos cognitivos e emocionais relacionados à incerteza na saúde.

Trata-se de uma teoria testável, pois fornece proposições claras sobre a relação entre variáveis como a percepção da incerteza e os processos de adaptação. Isso permite o desenvolvimento de estudos empíricos para investigar e validar essas relações em diferentes contextos de saúde.

Em relação aos indicadores empíricos, esta teoria é apoiada por uma variedade de estudos que exploram a relação entre a incerteza na doença, o controle percebido e os resultados da adaptação.

Por último, quanto à adequação pragmática, a teoria oferece implicações práticas significativas para a enfermagem e a prática clínica. As estratégias derivadas da teoria podem ser aplicadas para melhorar a comunicação com pessoas, desenvolver intervenções de enfermagem personalizadas e fornecer suporte emocional eficaz mediante da incerteza na doença.

Dado que a Teoria da Incerteza na Doença (TID) de Merle Mishel não aborda os conceitos metaparadigmáticos que consideramos essenciais para incluir neste relatório, serão utilizados os presentes na Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e críticos de Patrícia Benner em conjunto com os presentes Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica e no Regulamento n.º429/2018. No subcapítulo seguinte passamos a apresentar o outro referencial teórico utilizado na elaboração deste relatório,

nomeadamente a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner.

1.2. TEORIA DA SABEDORIA CLÍNICA EM CUIDADOS AGUDOS E CRÍTICOS DE PATRÍCIA BENNER

A abordagem de Benner para o desenvolvimento do conhecimento, começou com *From Novice to Expert* e deu início a uma tradição crescente e viva de aprendizagem a partir da prática clínica de enfermagem (Alligood, 2014).

Esta abordagem consistiu na adaptação do modelo Dreyfus à prática clínica de enfermagem. Este é situacional e descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de habilidades: iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente e perito. O modelo postula que as mudanças em quatro aspetos do desempenho ocorrem através dos níveis de aquisição de habilidades: movimento de uma confiança em princípios e regras abstratas para o uso de experiências passadas e concretas, mudança da confiança em análises e pensamento baseado em regras para a intuição, mudança na percepção que o aluno tem da situação, passando de vê-la como uma compilação de partes igualmente relevantes para vê-la como um todo cada vez mais complexo, no qual certas partes se destacam como mais ou menos relevantes, e passagem de um observador imparcial, fora da situação, para uma posição de envolvimento (Alligood, 2014).

A ideia de que a acumulação de experiência profissional ao longo dos anos na prática da enfermagem contribui para o enriquecimento e aprimoramento dos profissionais é amplamente reconhecida e disseminada na comunidade de enfermagem. Assim, de acordo com Benner existem 5 etapas de desenvolvimento profissional (Benner, 1982; Alligood, 2014):

- **Enfermeiro iniciado:** Nesta fase inicial, o indivíduo carece de experiência prática, dependendo de regras específicas para executar tarefas e enfrentando desafios na aplicação prática do conhecimento teórico.
- **Enfermeiro iniciado avançado:** O profissional começa a acumular experiência prática, conseguindo lidar com situações mais familiares. A confiança começa a desenvolver-se, mas ainda é necessária orientação e supervisão.
- **Enfermeiro competente:** Neste estágio, o indivíduo adquire mais experiência e é capaz de tomar decisões de maneira mais independente. A confiança aumenta, e a pessoa pode priorizar tarefas de maneira eficaz, além de lidar com imprevistos.
- **Enfermeiro proficiente:** O profissional neste estágio demonstra alta competência e eficiência. Desenvolve uma visão mais holística das situações, tomando decisões baseadas em experiência e intuição. Há uma compreensão mais profunda do contexto e das nuances da prática.

- **Enfermeiro perito:** No nível mais avançado, o indivíduo se torna um perito, exibindo habilidades excepcionais e uma capacidade intuitiva avançada. A tomada de decisões é realizada de maneira rápida e eficaz, com uma compreensão aprofundada das complexidades da prática.

É importante ressaltar que a progressão através desses níveis não segue uma trajetória linear, podendo haver retrocessos temporários em resposta a desafios específicos.

No seu estudo, Benner identificou 31 competências clínicas que agrupou em 7 domínios com base na semelhança de função e intenção, sendo eles a função de ajuda, a função de educação e orientação, a função de diagnóstico e de vigilância da pessoa, a gestão eficaz de situações de evolução rápida, a administração e a vigilância da terapêutica, a certificação da qualidade dos cuidados e as competências em matéria de organização e distribuição de tarefas. Importa referir que cada domínio foi desenvolvido utilizando as competências relacionadas a partir de descrições de situações práticas reais (Alligood, 2014).

Posteriormente e quase como uma extensão da teoria anterior, surge a Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos, originalmente publicada na sua obra *“Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care”* em 1999, que foi atualizada e enriquecida em 2011 (Alligood, 2014).

Nesta obra, a autora defende que o desenvolvimento de competências em cuidados agudos e críticos exige julgamento clínico e, aprendizagem em contextos de pressão/stress e *thinking-in-action* (pensamento ligado à ação em situações contínuas), desta forma o enfermeiro ao prestar cuidados à pessoa em situação crítica deve pensar a ação alinhando o raciocínio clínico e estratégia de atuação à evolução da pessoa alvo dos cuidados, devendo estar capacitado para identificar e resolver problemas reais, evitando e acautelando dificuldades potenciais (Benner et al., 2011).

Assim, foram identificados dois hábitos de pensamento e ação e 9 domínios da prática de enfermagem na pessoa em situação crítica (Benner et al., 2011).

Os dois hábitos de pensamento e ação relacionam-se com a compreensão e investigação clínica, que consiste na identificação e resolução de problemas clínicos e com a previsão clínica que compreende a capacidade de antecipar e prevenir potenciais problemas (Benner et al., 2011).

Quanto aos 9 domínios da prática de enfermagem na pessoa em situação crítica eles são (Benner et al., 2011; Alligood, 2014):

- Diagnosticar e vigiar funções fisiológicas de suporte à vida em pessoas em situação crítica;
- Saber gerir uma situação de crise;
- Promover medidas de conforto nas pessoas em situação crítica;

- Cuidar e dar apoio às famílias das pessoas;
- Prevenir acidentes e eventos adversos num ambiente tecnológico;
- Encarar a morte, seja nos cuidados de fim de vida ou da tomada de decisão;
- Comunicar e negociar múltiplas perspetivas (comunicar avaliações clínicas e melhoria contínua);
- Segurança da pessoa, através da monitorização da qualidade e da gestão de risco)
- Conhecimento especializado sobre liderança clínica e moral, educação e supervisão clínica;

Em suma, a Teoria Da Sabedoria Clínica Em Cuidados Agudos E Críticos De Patrícia Benner postula que enfermeiros que prestam cuidados a pessoas em situação crítica devem possuir uma base de conhecimento clínico substancial, adquirida ao longo de um processo dinâmico de desenvolvimento de competências. A teoria fundamenta-se na construção de um julgamento clínico coeso, resultante da habilidade em recontextualizar experiências passadas, procurando responder de forma eficaz às demandas e contingências apresentadas pela pessoa em situação crítica.

Ao longo da construção da sua teoria, Benner define os conceitos de **Enfermagem, Pessoa, Situação e Saúde**.

Enfermagem é vista como uma relação de cuidado, sendo facilitadora de ligação e atenção. Destaca-se que o cuidado é essencial, pois cria a oportunidade de fornecer ajuda e receber apoio. A prática de enfermagem é percebida como uma abordagem cuidadora, cuja base científica é orientada pelos princípios éticos e morais do cuidado e da responsabilidade. Benner compreende a prática de enfermagem como o cuidado e a análise da experiência vivida em relação à saúde à doença e à interação destes três elementos (Alligood, 2014).

Benner baseia a sua abordagem em Heidegger, definindo **pessoa** como um ser que se interpreta ao longo da vida, sem uma definição prévia. A pessoa participa de significados comuns, sendo também corpórea. A autora destaca quatro aspetos fundamentais com que a pessoa lida: a situação, o corpo, as preocupações pessoais e a temporalidade. Esses elementos formam a pessoa no mundo, superando o dualismo cartesiano. A corporeidade é definida como a capacidade do corpo de responder a situações significativas, delineando cinco dimensões: o corpo não nascido, o corpo hábil habitual, o corpo projetivo, o corpo projetado atual e o corpo fenomenal. Enfermeiros cuidam de todas essas dimensões, compreendendo o papel da corporeidade em situações de saúde, doença e recuperação (Alligood, 2014).

A autora concentra-se na experiência vivida de estar saudável e estar doente. **Saúde** é definida como aquilo que pode ser avaliado, enquanto bem-estar é a experiência humana de saúde ou integralidade. Bem-estar e estar doente são compreendidos como formas distintas de existir no mundo. Saúde é descrita não apenas como a ausência de doença e enfermidade. Uma

pessoa pode ter uma doença e não vivenciar a enfermidade, pois esta é a experiência humana de perda ou disfunção, ao passo que a doença é o que pode ser avaliado ao nível físico.

Esta teoria utiliza o termo **situação** em vez de ambiente, porque situação transmite um ambiente social com definição e significado sociais. São utilizados os termos fenomenológicos "estar situado" e "significado situado", os quais são definidos pela interação envolvida, interpretação e compreensão da situação pela pessoa. A maneira como o indivíduo está envolvido na situação restringe a sua interpretação pessoal, Isto significa que o passado, presente e futuro de cada pessoa, que incluem seus próprios significados pessoais, hábitos e perspectivas, influenciam a situação atual (Alligood, 2014).

Por forma a avaliarmos esta teoria, serão mais uma vez utilizados os critérios definidos por (Fawcett, 2005). Quanto à significância, esta teoria é significativa na enfermagem, fornecendo uma estrutura para compreender o desenvolvimento de habilidades clínicas avançadas e a tomada de decisões em ambientes agudos e críticos, destacando-se a importância da experiência prática no desenvolvimento da sabedoria clínica.

Esta teoria mantém a consistência interna, estabelecendo uma progressão lógica do iniciado ao perito, dando especial importância à intuição, experiência prática e reflexão como componentes chaves do desenvolvimento da sabedoria clínica.

Em relação à parcimónia, ela foca-se nos elementos essenciais do desenvolvimento clínico, evitando complexidades desnecessárias, concentrando-se nas características-chave que contribuem para a sabedoria clínica.

Quanto à testabilidade, trata-se de uma teoria que é testável na prática clínica permitindo que os enfermeiros apliquem os princípios propostos para avaliar como a sabedoria clínica se desenvolve e vai impactar a qualidade dos cuidados.

Avaliando os indicadores empíricos, esta teoria é fundamentada em observações empíricas e experiências clínicas de Benner e de outros profissionais de saúde.

Por último, quanto à adequação pragmática, esta teoria é pragmaticamente relevante, fornecendo orientações práticas para enfermeiros que procuram desenvolver e aplicar a sabedoria clínica em ambientes agudos e críticos.

Uma vez que nesta teoria não estão incluídos todos os conceitos metaparadigmáticos que consideramos essenciais, iremos abordar de seguida os conceitos metapadigmáticos presentes nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem e no Regulamento n.º429/2018.

1.3. CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS NA ÁREA EMC – PSC

De forma a completar os conceitos metaparadigmáticos presentes na Teoria Da Sabedoria Clínica Em Cuidados Agudos E Críticos De Patrícia Benner e considerando que todos os profissionais de enfermagem têm a possibilidade de se identificar com distintos referenciais teóricos, é imperativo ressaltar que, na construção deste relatório, optou-se ou optamos? por eleger e dar primazia aos conceitos metaparadigmáticos presentes nos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica e no Regulamento n.º429/2018 onde constam as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em enfermagem à pessoa em situação crítica, emanados pela Ordem dos Enfermeiros e que se configuram como um manancial fundamental para a compreensão aprofundada da prática e teoria da enfermagem.

Consideramos então para este relatório, além dos conceitos já apresentados, os seguintes conceitos:

- **Pessoa em Situação Crítica:**

“Entende-se que a 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 de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

- **Processos médicos e cirúrgicos complexos**

“(…) conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliário e comunitário. Estes processos terapêuticos constituem-se como respostas estruturadas, educativas e orientadas, para a necessidade em cuidados de enfermagem especializados face a problemas decorrentes de alterações anatomofisiológicas de órgãos e de sistemas de órgãos de natureza aguda ou crónica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19360)

- **Cuidados de Enfermagem**

O exercício profissional da enfermagem tem o seu foco na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, respeitando valores individuais e evitando julgamentos. A relação terapêutica visa estabelecer uma parceria com o cliente, promovendo a sua proatividade na saúde. Os **cuidados de enfermagem** visam a promoção da saúde ao longo do ciclo vital, envolvendo prevenção, readaptação e independência nas atividades diárias. Os enfermeiros desempenham um papel na gestão dos recursos comunitários em saúde, promovendo a aprendizagem para lidar com desafios. A prática é multiprofissional, com intervenções interdependentes e autónomas, sendo a tomada de decisão do enfermeiro sistemática, baseada

em evidências, e guias de boas práticas que são essenciais para melhorar a qualidade profissional. Atitudes humanistas, respeitando valores e diferenças individuais, são fundamentais para a satisfação do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Estando definidos os conceitos e teorias que embasaram este trabalho e orientaram a prestação de cuidados ao longo do estágio, e que permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências do EEEMC-PSC, consideramos importante abordar o tema da qualidade e segurança nos cuidados no subcapítulo seguinte. Entidades como a Organização Mundial de Saúde [OMS] enfatizam a qualidade como um elemento chave na cobertura universal de saúde (OMS, 2020b).

1.4. QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS

A OMS define qualidade de cuidados como o nível em que os serviços de saúde para indivíduos e comunidades aumentam a probabilidade de alcançar resultados de saúde desejados, alinhados com o conhecimento profissional baseado em evidência. Essa conceção de qualidade dos cuidados engloba atividades de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, implicando que a qualidade dos cuidados pode ser avaliada e melhorada de forma contínua mediante a prestação de cuidados baseados em evidências que considerem as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços, ou seja, pessoas, famílias e comunidades (OMS, 2020).

São vários os elementos de qualidade que podem ser considerados, no entanto, existe um consenso claro de que os serviços de saúde de qualidade devem ser (OMS, 2020):

- Eficazes, fornecendo serviços de saúde baseados em evidências para todas as pessoas que necessitem de cuidados de saúde;
- Seguros, procurando evitar causar danos às pessoas a quem se destinam os cuidados;
- Centrado nas pessoas, fornecendo cuidados que vão de encontro às preferências, necessidades e valores individuais;
- Prestados em tempo útil, procurando reduzir os tempos de espera e, por vezes, atrasos prejudiciais tanto para quem recebe como para quem presta cuidados;
- Equitativos, oferecendo a mesma qualidade de cuidados, independentemente da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, filiação linguística ou política;
- Integrados, ao fornecer cuidados coordenados em diferentes níveis e por diferentes prestadores de serviços, disponibilizando a gama completa de serviços de saúde ao longo de todo o curso da vida;

- Eficientes, maximizando o benefício dos recursos disponíveis e evitando os desperdícios.

Neste sentido, o Ministério da Saúde diz-nos que a ética impõe a necessidade imperativa de qualidade e segurança no sistema de saúde, pois desempenham um papel crucial na redução de riscos evitáveis, aprimorando o acesso aos cuidados de saúde, promovendo escolhas inovadoras, equidade e garantindo um respeito adequado na prestação desses cuidados. A qualidade na área da saúde, caracterizada pela oferta de cuidados acessíveis e equitativos, com um padrão profissional otimizado, considerando os recursos disponíveis, e obtendo a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adaptação dos cuidados às necessidades e expectativas individuais. Simultaneamente, em qualquer contexto económico-financeiro, é imperativo melhorar a eficiência e efetividade na prestação de cuidados de saúde, pois estes constituem fundamentos essenciais para a qualidade na área da saúde. Portanto, a qualidade, intrinsecamente ligada à segurança nos cuidados, emerge como uma garantia para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde português (Ministério da Saúde, 2015).

Como referido no paragrafo anterior, a qualidade dos cuidados está intimamente ligada à segurança da pessoa que recebe os cuidados de saúde. A definição de segurança do doente pela OCDE e que vai de encontro à da OMS é:

“(...) a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se às noções coletivas de conhecimento atual, recursos disponíveis e o contexto em que o cuidado foi prestado e ponderado contra o risco de não tratamento ou tratamento alternativo”(Bienassis & Klazinga, 2022, p. 13)

A evidência atual mostra que 1 em 10 pessoas doentes são prejudicadas durante a prestação de cuidados de saúde e que pessoas doentes em todas as partes do mundo continuam a morrer por falhas de segurança, sendo que 1 em cada 4 hospitalizações resulta em dano para a pessoa doente e que 1 em cada 24 pessoas morre por atendimento hospitalar com falta de segurança (Slawomirski & Klazinga, 2022).

Para além do prejuízo para a saúde da pessoa a falta de segurança tem um grande impacto em termos económicos, sendo que os custos diretos por prejuízo por falta de segurança de cuidados de saúde esteja estimado, nos países desenvolvidos, em 12,6% do orçamento para a saúde (Slawomirski & Klazinga, 2022).

Podemos então concluir que a segurança da pessoa doente é de extrema importância e um indicador claro da qualidade dos cuidados de saúde.

Por outro lado, os prestadores de cuidados de saúde não sentem que exista uma preocupação dos gestores em relação a esta temática tão importante, como podemos ver “Apenas um em cada dois profissionais de saúde acredita que a gestão hospitalar proporciona

um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e mostra que a segurança do paciente é uma prioridade (50%)” (Bienassis & Klazinga, 2022, p. 4).

Posto isto é de extrema importância que surjam políticas dos órgãos de gestão que demonstrem que essa preocupação existe e não é só um problema dos prestadores de cuidados pelo que “o compromisso com a cultura de segurança do doente por parte da liderança e gestão é crucial para estabelecer e manter um ambiente seguro e produzir serviços de saúde de alta qualidade” (Bienassis et al., 2020, p. 12).

Assim e procurando-se enquadrar nestas políticas internacionais, nomeadamente da OMS, a Direção Geral de Saúde [DGS] cria o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2015-2020 e atualiza-o para o PNSD 2021-2026.

Assim, em Setembro de 2020 começou-se a contruir o PNSD 2021-2026 que:

“(…) está alicerçado num modelo conceptual baseado num desenho metodológico rigoroso, e teve por base um processo participativo e inclusivo, com recurso a diferentes fontes e técnicas de recolha e análise de informação, nomeadamente: a) Revisão de literatura b) Processo de auscultação: i. Questionário ii. Entrevistas semiestruturadas iii. Grupo de Trabalho Consultivo e c) Triangulação”.(Lebre et al., 2022, p. 19)

De forma a implementar uma cultura de segurança e a segurança da pessoa doente o PNSD 2021-2026 é constituído por cinco pilares, que por sua vez são constituídos por quatorze objetivos estratégicos que englobam o planeamento de políticas nacionais de qualidade para o sistema de saúde, incentivando a realização de atividades e iniciativas com a finalidade de aprimorar constantemente a qualidade dos cuidados e das instituições de saúde.

O planeamento de um esforço nacional para aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde deve considerar a promoção e institucionalização de uma "cultura da qualidade" em organizações e em todo o sistema de saúde. Esta cultura é essencial para uma mudança significativa e sustentável, caracterizando-se por um ambiente de trabalho aberto, participativo e compartilhamento de ideias, práticas, valorização do ensino e pesquisa, com o uso limitado de culpabilização. Uma cultura de qualidade implica o reconhecimento explícito, em todos os níveis do sistema de saúde, do valor dos esforços para melhorar a qualidade dos cuidados, promovendo um ambiente propício à participação, diálogo, abertura e responsabilização (OMS, 2020a).

As características de uma cultura de qualidade incluem liderança para a qualidade em todos os níveis, abertura, transparência, ênfase no trabalho em equipe, responsabilização, ensino integrado, feedback ativo para melhorias, envolvimento de profissionais e comunidades, capacitação dos indivíduos, alinhamento de valores, promoção do orgulho em prestar cuidados, valorização da compaixão e coerência dos esforços para a qualidade com a organização e planeamento dos serviços (OMS, 2020a).

Ao abordar a cultura desejada para apoiar as Práticas de Excelência Nacional em Qualidade (PENQ), é crucial equilibrar uma cultura "sem culpados" e uma cultura "justa". Uma cultura "sem culpados" reconhece a inevitabilidade de erros no sistema de prestação de cuidados, procurando identificar e corrigir falhas sistêmicas, enquanto uma cultura "justa" promove um ambiente seguro para melhorar a qualidade, reconhecendo responsabilidades pessoais. Ambas as culturas devem coexistir de maneira consciente, considerando o impacto nas práticas de prestação de cuidados e na qualidade em todo o sistema de saúde. O envolvimento significativo das comunidades, incluindo pessoas doentes, famílias e *stakeholders*, é essencial para institucionalizar uma cultura de qualidade, exigindo investimento em estruturas e competências para garantir sua implementação eficaz no sistema de saúde (OMS, 2020).

O EEEMC-PSC, assume uma posição de destaque como elemento fundamental na equipa de saúde, desempenhando um papel crucial na busca constante pela promoção da qualidade e segurança nos cuidados prestados. Na sua incessante busca pela excelência profissional, a maneira como organiza, planeia e executa sua prática especializada contribui significativamente para o estabelecimento e manutenção de um padrão elevado de qualidade nos cuidados oferecidos. Esse comprometimento abrange uma diversidade de contextos de atuação, envolvendo situações de doença aguda ou crônica, bem como processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

É imperativo ressaltar que o EEEMC-PSC desempenha um papel integral na gestão de riscos, assegurando a criação de um ambiente propício para a prestação de cuidados especializados. Sua intervenção especializada visa adequar a resposta aos desafios, garantindo a segurança não apenas da pessoa em situação crítica, mas de todos os envolvidos no complexo processo de cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No âmbito de sua atuação, é fundamental que o enfermeiro especialista concilie suas intervenções com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados na sua área de especialização. Além disso, é essencial alinhar a sua prática com os programas e estratégias definidos em níveis nacional e mundial, visando constantemente a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Portanto, a atuação do EEEMC-PSC transcende a simples execução de tarefas; ela representa um compromisso contínuo com os mais elevados padrões éticos e profissionais, contribuindo de maneira efetiva para a evolução positiva da enfermagem e para a garantia de uma prática alinhada às diretrizes da ordem profissional e aos mais recentes avanços na área da saúde.

Aquando da escolha da temática para o desenvolvimento do estágio final optámos pela Nutrição Entérica na pessoa em situação crítica, esta escolha é fundamentada por diversos motivos que refletem a relevância clínica, o impacto na recuperação da pessoa, a contribuição para a prática de enfermagem, o preenchimento de lacunas no conhecimento atual e o nosso interesse pessoal e profissional nesta área, procurando sempre proporcionar benefícios tangíveis à pessoa em situação crítica. Assim, no subcapítulo seguinte apresentamos esta temática

1.5. NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A elaboração deste subcapítulo teve por base a pesquisa efetuada para a construção de uma *Scoping Review* e respetivo artigo, cujo resumo poderá ser consultado no Apêndice I.

A doença crítica é um estado de catabolismo no qual a pessoa apresenta uma resposta inflamatória sistémica juntamente com complicações de risco aumentado de infeções, disfunção de múltiplos órgãos, hospitalização prolongada e mortalidade aumentada (Chatterjee & Garg, 2023).

Em pessoas com disfunção de múltiplos órgãos devido a patologias graves, a perda de massa muscular ocorre precoce e rapidamente durante a primeira semana de doença crítica, sendo a desnutrição uma das responsáveis pela elevada morbilidade aquando da alta da UCI, por outro lado, o estado nutricional ideal demonstrou estar associado a menos complicações, menor tempo de internamento na UCI e menor mortalidade (Puthucherry et al., 2013; Singer et al., 2019; Weijs et al., 2019; Looijaard et al., 2020; Hoyois et al., 2021).

Existe assim um reconhecimento cada vez maior da importância da nutrição da pessoa em situação crítica, especialmente quando permanecem por um longo período de tempo em UCI, necessitando muitas vezes de medidas de suporte vital o que faz com que atinjam um estado de catabolismo grave (Barazzoni et al., 2020; Hoyois et al., 2021; Preiser et al., 2021).

Um dos problemas que as pessoas em situação crítica enfrentam é a incapacidade de se alimentarem por via oral, nesta situação a NE surge como o método preferido de alimentação já que apresenta um risco menor de complicações infecciosas que estão relacionadas com a NP (Stewart, 2014; Crossfield et al., 2022).

A NE pode ser definida como a administração de uma formulação líquida padrão através do trato gastrointestinal por sonda, cateter ou estoma, que fornece nutrientes distais à cavidade oral, podendo as vias de NE incluir sondas naso gástricas, naso entéricas ou percutâneas no estômago, duodeno ou jejuno (pós-pilórico) (Cederholm et al., 2017; ASPEN, 2018; Padilla et al., 2019). A fórmulas entéricas padrão possuem uma composição que atende às necessidades nutricionais da população em geral. Sendo as necessidades energéticas, proteicas e de

micronutrientes geralmente atingidas com 1,5 L de fórmula entérica padrão, podendo ser adaptadas em termos de nutrientes para certas condições ou doenças (Cederholm et al., 2017).

Dada a importância que a NE assume na nutrição do doente crítico, nos últimos anos foram criadas diretrizes de NE que procuram mitigar lacunas durante o processo de alimentação, padronizar o plano de alimentação, reduzir a intolerância alimentar e diminuir as complicações do trato gastrointestinal das pessoas sujeitas a este tipo de alimentação (McClave et al., 2016; Blaser et al., 2017; Singer et al., 2019; Jiao et al., 2022).

A European federation of Critical Care Nursing associations assume que uma das funções dos enfermeiros da UCI é garantir um suporte nutricional adequado que facilite a recuperação da pessoa e para que isso aconteça é essencial que os enfermeiros avaliem, monitorizem e gerenciem a nutrição da pessoa em situação crítica (EfCCNa, 2019).

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros atribui como competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica em enfermagem à pessoa em situação crítica a competência de cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica através da prestação de cuidados à pessoa emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim, suporte nutricional é parte integrante da gestão da doença e dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Várias sociedades de nutrição publicaram diretrizes nutricionais, baseadas em evidências, para pessoas em situação crítica. Algumas recomendações destas orientações estão intimamente relacionadas com a prática de enfermagem (Boeykens, 2021).

A gestão inadequada deste tipo de nutrição pode originar ou agravar diversas complicações, tais como aspiração, intolerância à nutrição, obstrução mecânica e infeção. Assim, a observação rigorosa do tempo, quantidade e método adequado para iniciar a nutrição, a determinação precisa das necessidades da pessoa, conteúdo nutricional e acompanhamento das pessoas revestem-se de elevada importância. Os enfermeiros devem avaliar de forma mais aprofundada o estado nutricional e geral das pessoas, tendo em consideração o conhecimento sobre os efeitos adversos da nutrição no sistema digestivo, as necessidades nutricionais das pessoas em cuidados intensivos e as práticas nutricionais padrão para prevenir efeitos adversos. Neste sentido, os enfermeiros devem possuir conhecimentos adequados e adotar práticas corretas em relação às normas de nutrição entérica nas unidades de cuidados intensivos, visando aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem (Al-Jalil et al., 2019).

Considerando esta perspectiva procuramos mapear as intervenções de enfermagem nos diferentes momentos da administração da NE, nomeadamente, no início e manutenção, na

vigilância e monitorização dos sinais de intolerância gastrointestinal, na prevenção do risco de aspiração e na monitorização da glicémia.

Início e manutenção da NE

A administração da NE deve de acontecer dentro das primeiras 48h do início da doença crítica, na ausência de contraindicações e conforme prescrição médica/avaliação do risco nutricional (Singer et al., 2019; Preiser et al., 2021a; Crossfield et al., 2022a; Singer et al., 2023).

O início do suporte nutricional pressupõe um acesso ao sistema gastrointestinal da pessoa, preferencialmente o acesso deve ser gástrico, sendo o mais habitual a colocação de uma sonda naso gástrica (Berger et al., 2019; Boeykens, 2021).

O comprimento de sonda a ser introduzido pode ser medido de variadas formas, sendo as mais habitual a medida do nariz-lóbulo da orelha-apêndice xifoide, no entanto este método de medida nem sempre corresponde ao correto posicionamento da sonda, pelo que carece sempre de confirmação (Boeykens, 2021). Assim torna-se essencial comprovar se a sonda se encontra devidamente posicionada, sendo o método *gold standard* a radiografia ao tórax, no entanto, na impossibilidade da realização desta pode ser utilizado o teste de auscultação de insuflação de ar ou a medição de pH do conteúdo gástrico (Al-Jalil et al., 2019; Berger et al., 2019; Boeykens, 2021).

Embora no mercado existam várias formulas de NE, o mais habitual é iniciar com a fórmula padrão, uma vez que esta atende as necessidades nutricionais da maioria das pessoas, sendo geralmente bem tolerada (Preiser et al., 2021a).

Em relação à velocidade de infusão, inicialmente deve ser colocada a uma taxa de 10-20 mL/h, sendo aumentada progressivamente até se atingir a meta nutricional proposta, tendo sempre em conta a tolerância gastrointestinal da pessoa (Berger et al., 2019).

É aconselhável que pelo menos a cada 4h de infusão contínua da NE, após as medições de volume residual gástrico e após administração de medicação seja efetuada uma lavagem da sonda com pelo menos 30 mL de água de forma a prevenir a obstrução desta (Al-Jalil et al., 2019; Akcay et al., 2020; Koontalay et al., 2020).

Vigilância e monitorização dos sinais de intolerância gastrointestinal

A vigilância e monitorização dos sinais de intolerância gastrointestinal são de extrema importância já que a intolerância gastrointestinal é um dos motivos para suspensão da nutrição entérica (Singer et al., 2019; Akcay et al., 2020; Singer et al., 2023).

A avaliação do volume residual gástrico [VRG] para avaliação da disfunção gastrointestinal é comum e pode ajudar a identificar a intolerância à NE durante o início e progressão desta. Apesar das limitações associadas a este procedimento não existe ainda uma técnica que permita substituí-lo pelo que continua a ser apresentado como forma de avaliar a tolerância gastrointestinal nestas pessoas (Berger et al., 2019; Singer et al., 2019; Akcay et al., 2020; Boeykens, 2021; Preiser et al., 2021; Singer et al., 2023).

Esta monitorização pode ser realizada através da sucção da sonda com uma seringa e avaliando a quantidade de conteúdo gástrico que se obtém ou através da conexão de um saco de drenagem à sonda, aguardando entre 15 a 120 minutos. O primeiro método apresentado tem a vantagem de não interromper por tempo significativo a infusão da NE (Berger et al., 2019).

Esta avaliação deve ser realizada de 6/6h e em SOS (Singer et al., 2019; Preiser et al., 2021; Singer et al., 2023), sendo que se:

- VRG > 250 mL e < 500 mL e sem outro sinal de intolerância gastrointestinal, deve ser reintroduzido o conteúdo gástrico até 300 mL e é recomendado o início de medicação procinética. Devendo, simultaneamente, ser reduzido o ritmo de infusão para metade (Akcay et al., 2020; Preiser et al., 2021a; Singer et al., 2023);
- VRG ≤ 250 mL, este deve ser reintroduzido e manter o ritmo de perfusão se o objetivo calórico foi atingido ou aumentar o ritmo de infusão para o dobro até ser atingido o objetivo calórico (Akcay et al., 2020; Singer et al., 2023);
- VRG > 500 mL, a NE deve ser suspensa durante 2h, iniciar medicação procinética (caso não já sido iniciada) e voltar a avaliar (Akcay et al., 2020; Koontalay et al., 2020; Preiser et al., 2021; Singer et al., 2023).

Em relação aos fármacos procinéticos, a eritromicina é considerada o medicamento de primeira linha, sendo a dosagem recomendada de 100-250mg 3x/dia. Segue-se a metoclopramida na dosagem recomendada de 10mg 2-3x/dia. Esta medicação vê a sua eficácia diminuída para 1/3 após 72h, pelo que deve ser descontinuada ao final de 3 dias (Singer et al., 2023).

Existem outros sinais de intolerância gastrointestinal que requerem atenção, nomeadamente, náuseas e vômitos, distensão abdominal, queixas de dor/desconforto abdominal, diarreia, obstipação e Rx abdominal anormal (Akcay et al., 2020; Preiser et al., 2021).

É de extrema importância que se no final de uma semana não for possível administrar e a pessoa tolerar a dose correspondente às suas necessidades calóricas, ponderar-se a NP (Singer et al., 2023).

Prevenção do risco de aspiração

Pessoas com risco aumentado de aspiração podem ser identificadas por uma série de fatores, incluindo incapacidade de proteger a via aérea, suporte com ventilação mecânica, idade >70 anos, nível de consciência reduzido, higiene oral deficiente, relação enfermeiro/pessoa inadequada, posicionamento supino, déficits neurológicos, refluxo gastroesofágico, transporte para fora da UCI e uso de NE em bólus (Singer et al., 2019, 2023).

A prevenção do risco de aspiração pode ser a diferença entre a NE ser bem sucedida e ter um bom resultado para a pessoa ou ser mal sucedida com resultados negativos (Berger et al., 2019; Akcay et al., 2020), pelo que se preconizam as seguintes medidas para diminuir o risco de aspiração:

- Elevação da cabeceira entre os 30° e os 45°, se não houver contraindicações (Berger et al., 2019; Al-Jalil et al., 2019; Akcay et al., 2020; Koontalay et al., 2020);
- Em pessoas com alto risco de aspiração deve ser considerada a administração de medicação procinética (Berger et al., 2019; Singer et al., 2019, 2023);
- Em caso de contraindicação de elevação da cabeceira, deve ser considerada a posição de *Trendelenburg* reversa (Koontalay et al., 2020);
- Aspirar as secreções da orofaringe, em pessoas incapazes ou com dificuldade de as eliminar (Koontalay et al., 2020);
- Diminuição da sedação sempre que possível (Akcay et al., 2020);
- Higiene oral, pelo menos 2x dia (Singer et al., 2019; Akcay et al., 2020; Singer et al., 2023);
- Monitorização da posição da sonda pelo menos 1x turno (Akcay et al., 2020; Koontalay et al., 2020)

Monitorização da glicémia

Existe uma associação entre hiperglicemia, grande variabilidade glicémica, hipoglicémia e o aumento da mortalidade, sendo primordial o controlo glicémico da pessoa em situação crítica a receber NE (Berger et al., 2019; Singer et al., 2019, 2023).

Assim, a glicémia deve ser avaliada de 4h/4h durante as primeiras 48h do início da NE, caso a situação clínica da pessoa seja instável esta avaliação deve ser feita com maior frequência (Berger et al., 2019; Singer et al., 2019; Boeykens, 2021; Singer et al., 2023).

O valor alvo de glicémia que está associado a melhores resultados é de 110-145mg/dL (6-8 mmol/L) (Singer et al., 2019, 2023).

No caso da glicémia ≥ 180 mg/dL (10 mmol/L), deve ser administrada insulina conforme o algoritmo disponível no serviço sendo que nesta situação a forma de administração de insulina deve ser endovenosa, recorrendo a uma seringa infusora (Singer et al., 2019, 2023).

No processo de controle glicémico a amostra sanguínea deve preferencialmente venosa central ou arterial, o sangue capilar deve ser evitado nas pessoas em situação crítica. Os dispositivos de avaliação da glicémia portáteis não estão calibrados para utilização em pessoas em situação crítica, pelo que a utilização de gasómetros ou o envio da amostra ao laboratório é essencial (Singer et al., 2019, 2023).

São notórias a complexidade e a importância da gestão do suporte nutricional em pessoas em situação crítica. A integração de práticas de enfermagem baseadas em evidências, aliada a uma abordagem personalizada e vigilante, é essencial para otimizar a qualidade dos cuidados prestados e melhorar os resultados para as pessoas. A constante atualização e aprimoramento dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros nessa área são fundamentais para enfrentar os desafios clínicos complexos associados à administração de NE em contextos de cuidados intensivos.

Caracterizada a temática que foi desenvolvida por nós, passamos a descrever no capítulo seguinte a caracterização do estágio final.

2. ESTÁGIO FINAL – PROJETO DE INTERVENÇÃO

No início deste capítulo importa referir que a Unidade Curricular correspondente ao Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica foi creditada através da apresentação de um portfólio onde se demonstra que o facto de exercermos a nossa prática clínica ao longo de 18 anos na área do doente crítico (Urgência Geral, Ambulância SIV e VMER), contribuiu para o desenvolvimento de competências nos cuidados à PSC. Embora esta experiência profissional tenha um importante valor no nosso desenvolvimento profissional, o Estágio Final mostrou-se extremamente valioso no desenvolvimento e aquisição de competências como EEEMC-PSC.

O estágio final decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] na região do Alentejo, no período de 11 de Setembro de 2023 a 26 de Janeiro de 2024, num total de 388 horas. A escolha desta instituição e serviço deu-se não só devido à praticidade inegável de evitar deslocações, mas também como forma de aprofundar o conhecimento da pessoa em situação crítica e o funcionamento de uma UCI. Ao trabalhar num serviço de urgência [SU], são muitos os doentes que acabamos por transferir para a UCI por necessidade de um nível mais alto de cuidados, consideramos por isso importante desenvolver os conhecimentos nesta área de forma aos cuidados prestados no SU irem de encontro ao que se espera na UCI, de certa forma, o que se pretende é construir uma ponte entre o SU e a UCI, facilitando a comunicação entre estas duas equipas, criando assim uma relação de sinergia para a pessoa em situação crítica.

Com o propósito de elucidarmos a evolução do estágio, neste capítulo incorporámos uma descrição do local do estágio, das atividades desenvolvidas e do projeto de intervenção, apresentando detalhadamente todas as suas etapas.

2.1. CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Unidade Local de Saúde Z [ULSZ], é composta por duas unidades hospitalares, o Hospital X, situado numa cidade do distrito A e o Hospital Y, situado numa cidade mais a sul do distrito A, e por todas as Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários do distrito A.

É no Hospital X que fica localizada esta UCI, situa-se no segundo piso desse hospital, tendo uma capacidade de cinco camas de cuidados intensivos, sendo 1 delas de isolamento, e de cinco

camas de cuidados intermédios, estando planeada a conversão de uma destas camas para receber doentes hemodialisados que estejam internados noutros serviços.

Esta UCI destina-se a todos os doentes que tenham necessidade de terapia intensiva para a manutenção das suas funções vitais, recebendo doentes adultos provenientes de todos os serviços de internamento e dos dois serviços de Urgência da ULSZ.

Segundo a Direção-Geral da Saúde [DGS], adotando a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, esta UCI é considerada uma UCIP de nível II tendo capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, não podendo proporcionar, nem de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, etc.), pelo que deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior e ter acesso permanente a médico com preparação específica.

Relativamente à estrutura física desta, ela é atualmente constituída pelas unidades funcionais de cuidados intensivos e intermédios, localizada junto às instalações do Serviço de Observação, do Serviço de Urgência, possuindo também acesso direto ao exterior.

É composta por um gabinete para o Assistente Administrativo, gabinete médico com quarto e casa de banho, gabinete de chefia de Enfermagem, armazém de material hospitalar e de hotelaria, sala de trabalho de enfermagem onde estão localizados os dispositivos dispensadores de medicação (*Pyxies*). Existe, ainda, um corredor perpendicular ao principal onde estão localizadas a copa do serviço, sala de despejos/sujos e os balneários masculino e feminino, reservados à equipa de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais). Existe ainda um armazém, situado num edifício adjacente à estrutura principal do serviço, para material diverso.

Esta UCI é assim composta por duas unidades de internamento, sendo elas:

- A Unidade de Cuidados Intensivos, com uma sala com 4 camas e 1 quarto de isolamento, reservado para doentes com necessidade de isolamento;
- A Unidade de Cuidados Intermédios, com 5 camas, estando planeada a conversão de uma destas camas para ser utilizada para tratamentos dialíticos de doentes internados noutros serviços.

Embora exista a distinção entre Intensivos/Intermédios, todas as unidades deste serviço possuem material suficiente para funcionar de forma independente, unidade de monitorização com telemetria e ventilador, conforme a necessidade que o doente apresente, este está ou não presente na sua unidade, bem como bombas e seringas de perfusão contínua.

Existem ainda, dois carros de emergência, dois monitores de técnicas dialíticas, um monitor de ecografia, um doseador de gases do sangue, três ventiladores para ventilação não invasiva, quatro aparelhos de oxigenoterapia de alto fluxo, cinco ventiladores portáteis para transporte, um

pacemaker provisório de aplicação externa, um aparelho de fibrobroncoscopia e um monitor de eletrocardiograma.

Quanto aos recursos humanos e metodologia do trabalho, a equipa de enfermagem é constituída por 30 elementos, 25 dos quais em horário de trabalho por turnos e 5 que apenas realizam o turno da manhã, sendo um destes elementos o Enfermeiro Chefe. Relativamente aos turnos, estes são 3 (noite, manhã e tarde), cada um deles com 8 horas de duração, iniciando-se cada um, respetivamente, pelas 0H, 08H e 16H. Embora não seja contemplado no horário de trabalho o tempo para a transição dos cuidados, são mensalmente atribuídas horas pela instituição para este efeito.

Geralmente, no turno da manhã estão escalados 5 enfermeiros, no turno da tarde 4 enfermeiros e na noite 4 enfermeiros.

Na equipa de enfermagem existem 10 elementos com curso de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2 elementos com curso de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e 1 elemento com curso de especialização em Enfermagem de Reabilitação. Segundo o Regulamento da Norma para Cálculo das Dotações Seguras da Ordem dos Enfermeiros seria conveniente se 50% da equipa de Enfermagem fosse constituída por Enfermeiros com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, devendo estar em permanência nas 24h e em cada turno.

Neste tipo de UCI a OE preconiza que o rácio enfermeiro/doente seja de 1/1.6 por doente, sendo que o praticado na unidade em questão, estando todas as camas ocupadas é o seguinte, nos turnos da manhã 1/2, nos turnos da tarde e da noite é de 1/3 e 1/2. Pelo que as dotações seguras nem sempre estão asseguradas, é de ressaltar que por norma existem sempre vagas neste serviço, pelo que geralmente as dotações são cumpridas.

A transição de cuidados é feita com recurso ao programa *Bsimple Patient Care*, sendo o módulo utilizado o *PC Intensive Care Unit*, que assenta na linguagem classificada da CIPE. Permite não só registar diagnósticos e intervenções já planeadas ao doente, como também permite o registo em forma de texto livre. A passagem de turno é feita no local onde se fazem os registos de enfermagem correspondente a cada uma das salas de internamento, ocorrendo assim simultaneamente em dois locais.

A aplicação do processo de Enfermagem segue o Modelo Teórico de Nancy Roper, adotado pela ULSNA. Neste modelo, cada doente tem um enfermeiro responsável, que lhe faz o acolhimento, identifica problemas, desenvolve ações com o objetivo da sua recuperação e avalia os resultados obtidos. Sendo que neste serviço é feita a distribuição das pessoas doentes pelo enfermeiro responsável da equipa no turno anterior, tendo em conta a complexidade de cada pessoa doente, fazendo que nem sempre é o enfermeiro que faz o acolhimento que fica responsável por essa pessoa. A equipa de enfermagem da UCI que se encontra escalada para

a prestação de cuidados num determinado turno é distribuída pelos doentes da unidade o que garante um método de trabalho individual (Ventura-Silva et al., 2021).

Parece-nos importante também ressaltar que embora já tenha sido utilizada um instrumento de medida de carga de trabalho em Enfermagem em UCI, nomeadamente a TISS 28, neste momento isso não acontece tornando a avaliação da complexidade de cada pessoa doente subjetiva aos critérios do enfermeiro que faz a distribuição.

O papel do enfermeiro é essencial na administração de uma instituição de saúde. Ao assumir uma posição de liderança, é imperativo que o profissional crie um ambiente propício para a realização das atividades diárias. Coordenar a equipe de enfermagem é uma responsabilidade desafiadora, exigindo do profissional o desenvolvimento de habilidades que facilitem a gestão equilibrada de um grupo diversificado, transmitindo confiança no processo de tomada de decisões (Santos et al., 2022).

Conduzir de maneira eficaz uma equipa assenta, acima de tudo, na habilidade de cultivar um autêntico interesse pelas pessoas que colaboram connosco, e na destreza para fomentar sentimentos positivos nestes indivíduos. Identificam-se seis categorias de liderança: a visionária (compartilhamento de visões), o coaching (orientação de indivíduos e metas), a afitiva (consideração pelas emoções dos colaboradores), a democrática (compromisso com a participação), a pacesetting (estabelecimento de desafios e metas) e a dominante (coerciva) (Santos et al., 2022).

Consideramos que neste serviço, o enfermeiro chefe exerce um tipo de liderança democrática (Vieira, 2022), esta implica um estilo participativo e colaborativo. Nesse modelo de liderança, o enfermeiro encoraja a participação ativa dos membros da equipa no processo decisório, promovendo um ambiente de trabalho em que as opiniões e contribuições de todos são valorizadas. Encorajando uma cultura de colaboração, respeito mútuo e empoderamento, criando um ambiente propício para a eficácia da equipa e, conseqüentemente, para a qualidade do cuidado prestado às pessoas doentes.

A equipa médica é constituída por médicos pertencentes ao quadro do hospital, um deles com funções de diretor e por médicos contratados em regime de prestação de serviços. Diariamente, e habitualmente, estão de serviço pelo menos 1 médico, um das 09 às 21 horas e outro das 09 às 09 horas do dia seguinte, sendo que, consoante o número de pessoas internadas no serviço este número poderá ser ajustado.

A equipa de assistentes operacionais é composta por 11 elementos em horário de trabalho por turnos e 1 elemento de horário fixo.

Existe ainda um assistente administrativo em horário fixo permanente, das 9 às 17 horas.

Dão apoio a este serviço outros técnicos de saúde que, integrados em equipa multidisciplinar, prestam cuidados aos doentes internados na unidade, sempre que solicitados, como é o caso dos fisioterapeutas, técnicos de radiologia e análises clínicas.

Caracterizado o local onde foi desenvolvido o estágio importa agora perceber as atividades que foram desenvolvidas ao longo deste período de tempo, assim, no subcapítulo seguinte serão enunciadas e caracterizadas as atividades desenvolvidas no estágio.

2.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

A UCI é um serviço essencial no universo da saúde, onde a complexidade e a intensidade se entrelaçam. Este ambiente revela-se perspicaz e abrangente, pois vai além das máquinas e dos procedimentos, penetrando nas histórias humanas e nas batalhas diárias pela vida.

Quando entramos na UCI, percebe-se uma atmosfera de vigilância constante, onde a precisão e a prontidão são imperativas, um olhar atento revela equipamentos avançados, monitores incessantemente a captar sinais vitais e uma equipa de profissionais de saúde altamente especializados, empenhados em proporcionar cuidados especializados e personalizados. Contudo, a UCI vai além do aparato técnico. Ela capta a intensidade emocional, os laços familiares em tensão e a resiliência das pessoas. Na UCI, cada cama carrega não apenas um corpo, mas uma narrativa singular de luta e esperança. Olhar sobre a UCI reflete a dedicação incansável dos profissionais de saúde em criar um ambiente de cura e suporte, onde a vida é defendida com zelo e compaixão.

A UCI é um microcosmo dinâmico, onde as urgências coexistem com a busca constante pela estabilidade, percebe-se a dança coreografada da equipa, a tomada rápida de decisões e o equilíbrio delicado entre a ciência e a arte. Cada intervenção é uma expressão de conhecimento técnico aliado à empatia, visando não apenas a recuperação física, mas também o conforto emocional das pessoas.

Em última análise, a UCI transcende as máquinas e os procedimentos, concentrando-se nas histórias humanas que se desenrolam diariamente, reconhece-se a fragilidade da vida, celebram-se as vitórias, e honra o compromisso incansável da equipa em preservar a dignidade e a esperança, mesmo nos momentos mais desafiantes.

A realização do estágio final neste serviço assume uma relevância inestimável no nosso percurso académico, especialmente quando voltado para a aquisição de competências de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Este estágio representa um marco fundamental, pois proporciona uma oportunidade única para

aplicar e aprofundar os conhecimentos teóricos em contextos práticos, específicos desta área de enfermagem.

O estágio final na UCI não representou apenas um desafio, mas também uma oportunidade única de crescimento profissional. Ao imergir nas atividades práticas, não ampliamos apenas as nossas habilidades técnicas, mas também desenvolvemos uma compreensão aprimorada da dinâmica complexa que envolve o cuidado de pessoas em situação crítica. A interação próxima com profissionais experientes, especializados nesta área, permitiu-nos adquirir conhecimentos valiosos e estratégias avançadas de gestão de situações desafiadoras.

A vivência direta com pessoas em situação crítica ofereceu-nos a oportunidade de aprimorar as nossas habilidades de tomada de decisão rápida, avaliação clínica aguçada e coordenação eficaz de intervenções complexas. Essas experiências práticas são cruciais para o desenvolvimento de competências específicas que distinguem um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, capacitando-o a atuar de forma eficiente e segura em ambientes hospitalares exigentes.

Além disso, o estágio final visa não apenas aprimorar as habilidades técnicas, mas também cultivar competências interpessoais essenciais, tais como a comunicação eficaz em situações complexas, o trabalho colaborativo em equipa multidisciplinar e a empatia ao lidar com pessoas em estado crítico.

Assim, o estágio final não é apenas um requisito académico, mas uma etapa decisiva moldando-nos e conferindo-nos as competências específicas necessárias para nos destacarmos como enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica. Este processo de prática representa, portanto, um investimento valioso no desenvolvimento de um profissional de saúde altamente capacitado e preparado para enfrentar as exigências desta área.

Optamos por estruturar a descrição das atividades executadas durante o estágio de acordo com a proposta dos objetivos e competências a serem desenvolvidos, incluindo as estratégias e atividades planeadas para a efetiva realização do estágio.

A prática reflexiva desempenha um papel de facilitador no processo de aprendizagem, adotando o conceito de reflexão como a resposta humana a uma experiência. Nesse contexto, o estudante revisita sua experiência, reflete sobre ela, pondera e avalia. Dessa maneira, a reflexão tem ganho ampla aceitação na prática de enfermagem, não apenas para auxiliar os enfermeiros a reconhecerem suas competências e limitações, mas também para superar a disparidade entre a teoria e a prática na enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

Ao longo deste estágio final, elaborámos jornais de aprendizagem semanais, entre a 1ª semana e a 12ª semana, posteriormente deixaram ser redigidos uma vez que realizamos um estudo de caso e desenvolvemos um artigo de *Scoping Review*, tornando-se impossível conciliar a escrita dos mesmos com o desenvolvimento das outras atividades. Estes jornais de aprendizagem consistiram em reflexões temáticas que reportavam a assuntos que foram despertando interesse, onde reconhecíamos a necessidade de mais conhecimento e a casos particulares ou incomuns. Durante as reflexões, praticamos a revisão temática da literatura, estimulando a curiosidade científica e a busca contínua por atualização de conhecimentos. Essa abordagem colaborou para o avanço do nosso processo de formação profissional.

Na tabela 1 podemos observar os Jornais de Aprendizagem elaborados, bem como as temáticas abordadas.

Jornal	Data	Temática
1	11/09 a 17/09	Oxigenoterapia de Alto Fluxo Nasal na pessoa em situação crítica
2	18/09 a 24/09	Traqueostomia na pessoa em situação crítica
3	25/09 a 01/10	A pessoa em decúbito ventral submetida a ventilação mecânica invasiva
4	02/10 a 08/10	Comunicação com a pessoa ventilada em cuidados intensivos
5	09/10 a 15/10	Pessoa submetida a Hemodiafiltração Venovenosa Contínua
6	16/10 a 22/10	Delirium na pessoa na UCI
7	23/10 a 29/10	Nutrição da pessoa em situação crítica na UCI
8	30/10 a 05/11	Instrumentos de medida de carga de trabalho de Enfermagem na UCI
9	06/11 a 12/11	O fim de vida na UCI
10	13/11 a 19/11	A importância do controle glicémico na pessoa em situação crítica
11	20/11 a 26/11	Cuidados à família da pessoa em situação crítica
12	27/11 a 03/12	Infeções por organismos multirresistentes

Tabela 1 - Jornais de Aprendizagem

Durante o estágio final elaborámos um estudo de caso, este é uma fonte valiosa de conhecimento que contribui para aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Este tipo de estudo descreve problemas específicos de enfermagem e como são abordados ou resolvidos com propósitos educacionais e/ou científicos. Desta forma, reforça-se a importância dos enfermeiros na promoção da saúde das pessoas (Néné & Sequeira, 2022).

O tema escolhido, *A Pessoa Politraumatizada na UCI* permitiu explorar a fisiopatologia complexa associada à pessoa politraumatizada, bem como a prevalência do politrauma, enfatizando a necessidade de intervenções de enfermagem especializadas para otimizar os resultados clínicos. O plano de cuidados desenvolvido demonstrou ser uma ferramenta valiosa para guiar a assistência, abordando de maneira abrangente as necessidades específicas da pessoa em situação crítica. Este estudo de caso pode ser consultado no Apêndice II.

A pesquisa constitui o alicerce de qualquer campo do conhecimento científico, uma vez que o conhecimento só adquire significado quando compartilhado. No âmbito da enfermagem, a pesquisa assume uma relevância extrema, uma vez que a tomada de decisão requer as evidências científicas mais robustas, especialmente no que diz respeito à identificação das necessidades das pessoas e à prescrição de intervenções de enfermagem (Néné & Sequeira, 2022).

Seguindo esta linha de pensamento elaborámos uma *Scoping Review* (Apêndice I), que é um método que atende às necessidades de compilar de maneira sistemática, transparente e confiável as evidências relacionadas a questões de pesquisa amplas (Salvador et al., 2021). O tema escolhido para esta foi a Nutrição Entérica na UCI, tema este aliciante, já que este método de suporte nutricional é amplamente utilizado na UCI e também porque diretrizes recentes procuram padronizar a NE, minimizando complicações gastrointestinais, onde os enfermeiros desempenham papel crucial, garantindo suporte nutricional adequado para facilitar a recuperação da pessoa em situação crítica.

O enfermeiro pode ser perito num determinado contexto, mas ao transferir-se para outro contexto, este volta a ser um desafio ao nível do desenvolvimento de competências, nomeadamente de iniciado-avançado (Benner, 2001). Nesta situação a integração é de extrema importância no sucesso e adaptação deste à nova realidade, permitindo o desenvolvimento de novas competências, aquisição de autoconfiança e construção da sua identidade profissional (Flores et al., 2021).

A integração na UCI, foi uma experiência profunda e transformadora. Entrar neste ambiente altamente especializado não foi apenas uma mudança de local de trabalho, foi uma integração num universo desafiador e repleto de aprendizagens significativas.

O acolhimento pela equipa de enfermagem foi caloroso e inclusivo. A partilha de conhecimentos era constante e a adaptação foi facilitada pelo suporte dos colegas de equipa e pelo enfermeiro orientador, que prontamente responderam a todas as dúvidas e providenciaram orientação nos procedimentos específicos da UCI.

A dinâmica intensa da UCI obrigou a uma rápida adaptação, mas o espírito construtivo entre os colegas criou um ambiente propício ao crescimento profissional. A aprendizagem resultou não apenas dos protocolos clínicos rigorosos, mas também com a abordagem humanizada que caracterizava a equipa. A cada desafio, percebemos a importância crucial da colaboração e comunicação eficaz entre os membros da equipa multidisciplinar.

Procuramos contribuir com as nossas experiências anteriores, ao mesmo tempo em que absorvíamos o conhecimento especializado oferecido pelo enfermeiro orientador. Essa troca constante de experiências promoveu a reflexão e o desenvolvimento de competências, enriquecendo-nos profissionalmente e pessoalmente.

Na primeira semana do estágio na UCI, foi dedicado um tempo considerável à familiarização com o ambiente físico e às rotinas essenciais para o efetivo desempenho das funções.

Iniciou-se com uma abordagem detalhada sobre a disposição física da UCI, compreendendo a localização de salas de intermédios e intensivos. A apresentação proporcionou uma visão abrangente da estrutura física, destacando áreas fundamentais para a prestação de cuidados.

A estruturação do horário, em colaboração com o enfermeiro orientador, foi um processo crucial. Procuramos distribuir os turnos de trabalho de forma equitativa durante a semana de forma a conseguir atingir o número de horas necessárias para a conclusão do estágio dentro do limite temporal imposto por esta unidade curricular.

Foi evidenciada a importância da comunicação eficaz com a equipa de trabalho. A interação constante com os colegas, enfermeiros e demais profissionais de saúde, destacou-se como um elemento essencial para o fluxo contínuo de informação e a coordenação eficiente das atividades diárias.

Neste período inicial, o foco na aprendizagem estruturada e na integração com a equipa estabeleceu uma base sólida para as semanas subsequentes. A exploração física do ambiente, a interação com dispositivos médicos e a pesquisa detalhada contribuíram para uma inclusão significativa neste serviço.

Ao longo do período de estágio, a execução de cuidados e as atividades realizadas foram respaldadas por uma extensa pesquisa bibliográfica e atualização de conhecimentos em bases de dados científicos. O objetivo era buscar a evidência mais robusta e atualizada para suportar as intervenções realizadas. Diante da análise das diversas situações vivenciadas e das

necessidades identificadas no serviço, em colaboração com o Enfermeiro Orientador, desenvolvemos um projeto de intervenção sobre "Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem", cuja análise será detalhada no próximo subcapítulo.

2.3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A qualidade dos cuidados de enfermagem consiste na resposta do enfermeiro às necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais das pessoas, de modo a que elas possam retornar a uma vida saudável e normal, ao mesmo tempo que haja satisfação tanto por parte das pessoas quanto dos enfermeiros. Dado que os enfermeiros oferecem a maior proporção dos serviços de cuidados terapêuticos às pessoas, desempenham um papel significativo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Estudos relevantes demonstram que a avaliação da qualidade dos cuidados conduz ao desenvolvimento de habilidades práticas e promoção de competências, identificando deficiências, proporcionando cuidados mais precisos, eliminando problemas e insatisfações nos serviços, incentivando, assim, a prestação de cuidados de maior qualidade atendendo às necessidades das pessoas (Yusefi et al., 2022).

A Prática Baseada na Evidência [PBE] é considerada e almejada como o padrão preconizado para os prestadores de cuidados de saúde com abordagem transdisciplinar em âmbito internacional. Este paradigma é apoiado por organizações de saúde nacionais, internacionais e profissionais, e conta com o respaldo de agências reguladoras. O propósito da tomada de decisão fundamentada em evidências consiste em minimizar o erro nas práticas, promover a excelência nos cuidados, otimizar os resultados para as pessoas e controlar os custos (Connor et al., 2023).

O EEEMC PSC deve desenvolver “uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19360)

Seguindo esta linha de pensamento, desenvolvemos um Projeto de Intervenção na UCI, seguindo as fases da metodologia de projeto.

A Metodologia de Projeto é uma abordagem que engloba procedimentos claros para criar uma representação completa e antecipada de um processo de transformação da realidade, permitindo, assim, a previsão de mudanças. Essa metodologia tem uma estreita relação com a pesquisa e tem seu foco na resolução de problemas. Ao empregá-la, há a aquisição de habilidades e competências de natureza pessoal através do desenvolvimento e implementação de projetos em situações reais (Ruivo et al., 2010).

Esta é constituída pelas seguintes fases: “elaboração do **Diagnóstico da Situação**; **Planificação** das atividades, meios e estratégias; **Execução** das atividades planeadas; a **Avaliação** e a **Divulgação** dos resultados obtidos.” (Ruivo et al., 2010, p. 4).

Neste subcapítulo iremos analisar as diferentes fases do Projeto de Intervenção por nós executado no estágio na UCI.

2.3.1. Diagnóstico da Situação

Na primeira etapa da metodologia de projeto, conhecida como diagnóstico de situação, o objetivo é criar um mapa cognitivo que abrange a situação-problema identificada. Esta fase procura desenvolver um modelo descritivo da realidade que se deseja abordar e transformar (Ruivo et al., 2010).

Neste sentido, realizamos pesquisa bibliográfica e uma formação pela *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition*, cuja síntese apresentamos:

- Quando as pessoas em situação crítica são incapazes de se alimentar por via oral, a nutrição entérica é o método preferido de alimentação já que apresenta um risco menor de complicações infecciosas que estão relacionadas com a alimentação parentérica (Crossfield et al., 2022)
- Existe um reconhecimento cada vez maior da importância da nutrição da pessoa em situação crítica, especialmente quando permanecem por um longo período de tempo em Unidades de Cuidados Intensivos, necessitando muitas vezes de medidas de suporte vital levando a que atinjam um estado de catabolismo grave (Preiser et al., 2021);
- Em pessoas com disfunção de múltiplos órgãos devido a patologias graves, a perda de massa muscular ocorre precoce e rapidamente durante a primeira semana de doença crítica, sendo a desnutrição uma das responsáveis pela elevada morbilidade aquando da alta da Unidade de Cuidados Intensivos, por outro lado, o estado nutricional ideal demonstrou estar associado a menos complicações, menor tempo de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos e menor mortalidade (Hoyois et al., 2021);
- Nas Unidades de Cuidados Intensivos, uma das funções dos enfermeiros é garantir um suporte nutricional adequado que facilite a recuperação da pessoa, para que isso aconteça é essencial que os enfermeiros avaliem, monitorizem e gerenciem a nutrição da pessoa em situação crítica (EfCCNa, 2019);
- O suporte nutricional enteral é um método eficaz para corrigir o estado nutricional das pessoas e melhorar a sua imunidade (Jiao et al., 2022);
- Nos últimos anos foram criadas diretrizes de nutrição enteral através do consenso de

especialistas que procuram mitigar lacunas durante o processo de alimentação, padronizar o plano de alimentação, reduzir a intolerância alimentar e diminuir complicações do trato gastrointestinal das pessoas sujeitas a alimentação entérica (Jiao et al., 2022);

- Segundo um estudo, quando os enfermeiros obtiveram formação sobre a nutrição entérica através de um programa educativo, a qualidade dos cuidados melhorou, proporcionando um suporte nutricional mais eficaz (Kim & Chang, 2019).

Tendo em conta a pesquisa efetuada e a síntese dos pontos enunciados anteriormente foram realizadas entrevistas exploratórias não estruturadas com o enfermeiro orientador, com o enfermeiro chefe, com o enfermeiro responsável pela formação na UCI e com os enfermeiros sobre a necessidade formativa nesta área, tendo sido reconhecido por estes a necessidade da criação de um documento sistematizador de boa prática nesta área que permitisse uniformizar os cuidados na administração da alimentação entérica nesta UCI, uma vez que a equipa de enfermagem já tinha manifestado interesse em colmatar esta necessidade formativa.

Recorremos também a uma ferramenta de gestão para fundamentar esta necessidade e percebermos os aspetos favorecedores e limitadores da mesma. Realizámos então uma análise SWOT sobre esta temática que passamos a apresentar:

Strengths (Forças)	Weaknesses
- Chefia do serviço apoia o desenvolvimento nesta área; - Equipa disponível para implementação de Projeto de Intervenção nesta área; - Inexistência de documento orientador de boa prática na área da nutrição entérica.	- Possível resistência à mudança por alguns elementos da equipa de enfermagem; - Indisponibilidade dos enfermeiros para participar em sessões formativas; - Limitações de tempo para implementação do projeto.
Opportunities (Oportunidades)	Threats (Ameaças)
- Unidade Local de Saúde com prémio de Boas Práticas em Saúde; - Existência de uma Sociedade Internacional na área da Nutrição em Saúde; - Existência de literatura recente e relevante na área.	- Possibilidade de compromisso no fornecimento de material.

Tabela 2 - Análise SWOT do Projeto de Intervenção Nutrição Entérica na UCI

Após a análise da tabela, percebemos que existem mais oportunidades e forças que apoiam o projeto e motivam a sua implementação. Para que esta aconteça, é crucial estabelecer metas que indiquem os resultados pretendidos com o projeto, embora não seja consensual a literatura acerca de quando os objetivos devam ser definidos, consideramos que não poderíamos iniciar o planeamento sem uma definição precisa dos objetivos.

Os objetivos gerais são “(...) enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados” (Ruivo et al., 2010, p. 18), assim, definimos como **Objetivo Geral**:

- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com nutrição entérica na Unidade de Cuidados Intensivos

Já os objetivos específicos “(...) são o resultado da subdivisão de um objetivo geral mais vasto, em aprendizagens mais elementares” (Ruivo et al., 2010, p. 18) garantindo “(...) maior objetividade aos resultados esperados, sobre a forma de comportamentos observáveis” (Ruivo et al., 2010, p. 18), pelo que definimos como **Objetivos Específicos**:

- Realizar uma *Scoping Review* sobre o tema;
- Elaborar um documento orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica em UCI;
- Implementar o projeto: “Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem”

Após a elaboração dos objetivos interessa elaborar um plano de ação, isto é, a planificação do projeto que resulta de um compromisso entre os objetivos e os recursos disponíveis, esta será abordada no próximo subcapítulo.

2.3.2. Planeamento

A etapa do planeamento corresponde à terceira fase da metodologia de projeto. Esta envolve a elaboração de um plano abrangente, onde é importante fazer um levantamento dos recursos e das limitações do trabalho, definindo atividades, métodos, técnicas de pesquisa e um cronograma. Este é um processo interativo que estabelece as datas planeadas para as atividades do projeto, podendo exigir revisões nas estimativas de recursos e durações. Por último, é essencial que a escolha de atividades, meios e estratégias esteja alinhada com os objetivos do projeto, sendo fundamental explorar e definir esses conceitos (Ruivo et al., 2010).

Partindo desta imposição, elaborámos um cronograma com as atividades que consideramos necessárias para dar resposta aos objetivos anteriormente formulados.

Para levar a cabo este projeto definimos como recursos humanos essenciais a orientação da docente orientadora do estágio, o enfermeiro orientador, o enfermeiro responsável pela formação em serviço e o enfermeiro chefe. Consideramos também toda a equipa de enfermagem, nomeadamente para inclusão de sugestões no documento final da Instrução de Trabalho. O enfermeiro chefe, o enfermeiro orientador e o enfermeiro responsável pela formação em serviço revelaram-se essenciais no planeamento da formação e na implementação da Instrução de Trabalho.

Em relação aos materiais, não foram previstos custos associados uma vez que recorremos apenas ao computador para consulta de bases de dados científicas, a maioria da informação foi trocada através de e-mail e quando houve necessidade de impressão recorremos às impressoras disponíveis no serviço.

O período temporal para a execução deste projeto foi definido no cronograma já referido anteriormente, de seguida apresentamos as atividades planeadas para cada objetivo e o seu respetivo indicador de avaliação:

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
Realizar uma scoping review sobre o tema: Nutrição entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem	- Elaboração da pergunta segundo a mnemónica PCC - Definição das palavras chave validadas pelos descritores Mesch - Pesquisa bibliográfica de documentos sobre nutrição entérica em UCI em bases de dados e sociedades de referência - Seleção dos artigos - Elaboração da síntese dos dados	Síntese dos dados
Elaborar um documento orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica em UCI	- Desenho de um esboço do documento orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica em UCI - Distribuição do esboço pelo enfermeiro orientador e pelo docente - Recolha de sugestões - Desenho do 2.º esboço - Distribuição pelo chefe do serviço e pelo responsável da formação em serviço - Recolha das sugestões	Apresenta 2 esboços do documento Apresenta a versão final do documento orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica em UCI
Implementar o projeto: “Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem”	- Elaborar uma sessão formativa sobre o documento orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica em UCI - Divulgar o documento orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica em UCI - Realizar uma sessão formativa, com possibilidade de ser assistida on-line, sobre o documento orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica em UCI - Recolher sugestões - Avaliar a formação sobre o documento orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica na UCI	- Suporte digital do documento orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica em UCI; - Folha da divulgação; - Documento final

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Indicadores de Avaliação
	○ Construção da grelha de auditoria ○ Envio do documento para o gabinete da qualidade e aferir timings ○ Elaboração da infografia	- orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica em UCI; ○ Grelha de auditoria; ○ Resultado da avaliação da sessão de formação; ○ Entrega da infografia ao responsável da formação do serviço.

Tabela 3 - Planeamento do Projeto de Intervenção

Após a estruturação deste cronograma, fomos informados pelo responsável da formação em serviço, que desde o período pandémico que se viveu, as formações são todas operacionalizadas on-line, uma vez que a equipa adere de forma mais significativa a este formato, tendo em conta que pretendíamos chegar ao maior número possível de profissionais projetamos o conteúdo formativo para esta tipologia. Utilizámos para isso a plataforma *Teams* que é a que se encontra em uso pela instituição.

Para a divulgação da sessão de formação foi construído um *poster* que foi afixado em local próprio no serviço e enviado também através de mensagem no *WhatsApp* em grupo próprio da equipa de enfermagem da UCI. Após a sessão de formação, esta foi gravada pelo enfermeiro responsável da formação e colocou-a em local pré-definido pela equipa para futura consulta.

Após a definição das estratégias, os recursos e atividades a serem desenvolvidas foi necessário operacionalizar o cronograma, pelo que de seguida descrevemos a etapa da execução.

2.3.3. Execução

Esta etapa concretiza a execução prática do planeamento, dando vida ao que foi previamente concebido mentalmente. Transforma-se, assim, um mero esboço de desejo em uma

realidade tangível. Este estadio assume uma relevância crucial para os participantes do projeto, uma vez que possibilita a concretização de suas aspirações e necessidades através das ações meticulosamente planeadas (Ruivo et al., 2010).

A distância entre o concebido mentalmente e a realidade construída apresenta desafios aos participantes, os quais, ao serem superados, podem enriquecer as suas competências. Nessa fase, é essencial procurar dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema escolhido, de acordo com a distribuição de tarefas e a gestão do tempo anteriormente estabelecidas. Isso implica a mobilização de recursos, ajustando-se às situações representadas (Ruivo et al., 2010).

A execução é, sem dúvida, um processo transformador. Caso haja desvios em relação ao planeado, é necessário estudar essas mudanças e aplicar medidas corretivas para garantir que os objetivos do projeto não sejam comprometidos. Adaptações ao plano inicial podem originar consequências indesejáveis, por vezes inevitáveis diante de imprevistos (Ruivo et al., 2010).

No sentido de alcançar os objetivos propostos foi necessário levar a cabo atividades que permitiram que isto acontecesse, de seguida estas serão analisadas de forma descritiva.

Objetivo: Realizar uma scoping review sobre o tema: Nutrição entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem

Tendo em conta a problemática enunciada anteriormente e com o propósito de sintetizar o conhecimento mais recente optamos por desenvolver uma *Scoping Review*, este é um método que atende às necessidades de compilar de maneira sistemática, transparente e confiável as evidências relacionadas a questões de pesquisa amplas (Salvador et al., 2021).

Para definir a pergunta de pesquisa recorreremos à metodologia PCC, População (P), Conceito (C) e Contexto (C), este modelo permite realizar questões clínicas por partes que depois de organizadas enunciam a questão final. O êxito e a relevância de uma revisão estão intrinsecamente ligados à qualidade da pergunta de investigação, pelo que a capacidade de formular questões de pesquisa de forma bem estruturada é uma habilidade fundamental e um elemento crucial na competência do enfermeiro, permitindo lidar com a necessidade de fornecer respostas abrangentes e precisas (Sousa et al., 2018).

Em consonância com o raciocínio anterior elaborámos a seguinte questão de pesquisa: Quais os cuidados de enfermagem indicados na administração de alimentação entérica na pessoa em situação crítica na UCI?

Posteriormente foram escolhidos os Descritores em Ciências de Saúde, utilizando a ferramenta MeSH para validação dos mesmos: “INTENSIVE CARE UNITS”; “NURSING”; “CRITICAL ILLNESS” e “ENTERAL NUTRITION”.

Para obtermos informações confiáveis, atualizadas e de qualidade científica comprovada que forneçam uma base confiável para o trabalho desenvolvido por meio deste documento, utilizámos o motor de busca “EBSCOhost” como forma de pesquisa de publicações científicas presentes nas suas bases de dados. Foram selecionadas todas as bases de dados deste motor de busca, nomeadamente, a MedLine, a CINHALL, a Nursing&Allied Health Collection; a Comprehensive, a Cochrane, a Library, a Information, a Science&Technology Abstracts e a MedicLatina.

A equação de pesquisa utilizada foi [INTENSIVE CARE UNITS AND NURSING AND CRITICAL ILNESS AND ENTERAL NUTRITION] com a utilização do carater booleano AND como forma de ligação. Como resultado desta pesquisa foram obtidos 219 artigos, tendo sido de seguida delimitada a data da pesquisa de 01/01/2019 a 27/10/2023, obtendo-se assim um total de 79 artigos. Estes foram posteriormente filtrados de forma que ficassem apenas os que tivessem o texto completo disponível, obtendo-se um total de 69 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados um total de 4 artigos, tendo sido os outros excluídos.

De forma a enriquecer o trabalho foram incluídos mais 5 artigos, de outro tipo de pesquisa, sendo que dois deles consistem nas *guidelines* emanadas pela *The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN).

A seleção dos artigos pode ser melhor observada no diagrama 2.

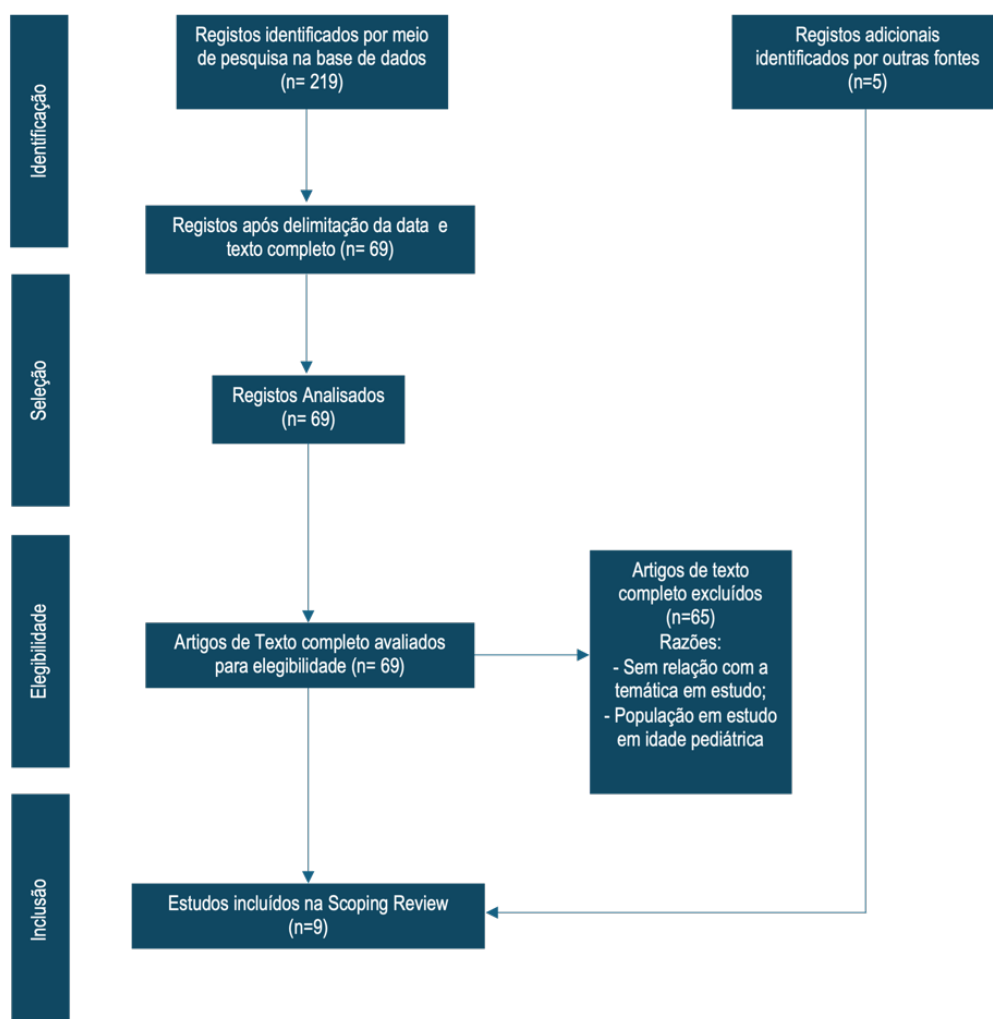


Diagrama 2 - Desenvolvimento da pesquisa e seleção da amostra com base no algoritmo PRISMA (adaptado de BMJ 2021)

Esta *Scoping Review* deu origem a um artigo científico cujo título é “Nutrição Entérica na pessoa em situação crítica na UCI: Mapeamento dos Cuidados de Enfermagem”, o resumo do mesmo pode ser encontrado no Apêndice I.

Objetivo: Elaborar um documento orientador e sistematizador da boa prática na área da nutrição entérica em UCI

Para levar a cabo este objetivo, utilizamos a evidência científica encontrada na pesquisa efetuada para a elaboração da *Scoping Review*, e recorreremos a outros documentos sistematizadores relativos à nutrição entérica em cuidados intensivos utilizados em outras instituições.

Após discussão com o enfermeiro orientador, enfermeiro responsável pela formação e enfermeiro chefe do serviço, optámos pela elaboração de uma instrução de trabalho, uma vez que esta se adaptava mais às necessidades do serviço.

Definido o tipo de documento que pretendíamos produzir, elaboramos uma primeira versão da instrução de trabalho, que foi depois analisada e discutida com o enfermeiro orientador e com a docente orientadora. Após esta análise e discussão foram efetuadas algumas alterações à mesma, dando assim lugar a uma segunda versão da instrução de trabalho.

Esta segunda versão foi posteriormente analisada pelo enfermeiro chefe do serviço e pelo enfermeiro responsável pela formação, que deram também as suas sugestões e contributos para uma terceira versão deste documento.

Foi com esta versão que baseamos a sessão de formação onde a instrução de trabalho foi apresentada. Após esta apresentação foi dada oportunidade a quem assistiu à mesma que contribuísse com sugestões/alterações à instrução de trabalho, conduzindo assim ao documento final (Apêndice III) que seguiria para o gabinete da qualidade.

Objetivo: Implementar o projeto: “Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem”

A implementação do projeto: “Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem” foi o culminar da pesquisa e preparação dos últimos meses antes deste momento crucial.

Para que isto acontecesse foi planeada uma sessão de formação em conjunto com o enfermeiro responsável pela formação em serviço na UCI, por sugestão deste, iria ser uma formação unicamente online, uma vez que se trata da forma habitual de execução das formações em serviço, pelo que adaptamos a nossa formação a este tipo de metodologia. Pretendíamos chegar ao maior número possível de profissionais da equipa de enfermagem e este método de apresentação permitiu que isso acontecesse

Foi então elaborado um plano de sessão da formação (Apêndice IV) com a descrição dos objetivos da formação, os principais conteúdos e métodos pedagógicos que se iriam utilizar. Este foi dado a conhecer ao enfermeiro orientador que o validou.

Tendo em conta o conteúdo da Instrução de Trabalho elaborada por nós até então, construímos os diapositivos da sessão em PowerPoint e discutimos os mesmos com o enfermeiro orientador.

Como forma de divulgação da sessão de formação, foi construído um poster que foi afixado no serviço e, foi fornecida uma versão digital para que o enfermeiro responsável pela formação pudesse partilhar através dos canais habituais de informação da equipa, *WhatsApp* e *Webmail*.

A sessão de formação teve lugar no dia 22/01/2024 pelas 17h30m, tendo sido aplicado um questionário de avaliação formação no final da mesma. A avaliação da sessão foi muito positiva (Apêndice V), já que uma percentagem significativa dos participantes (>90%), considerou como muito bom o desenvolvimento da sessão de formação e a intervenção do formador, o valor máximo numa escala de Likert de 1 a 4.

Após a sessão de formação foi então elaborada a instrução de trabalho final (Apêndice III), já com todas as sugestões e alterações da equipa de enfermagem da UCI, incluído a grelha de auditoria (Apêndice VI).

Foram disponibilizados os diapositivos ao enfermeiro responsável pela formação em serviço para que ficassem disponíveis para consulta pela equipa.

Dando seguimento ao projeto, foi então elaborada uma infografia (Apêndice VII) representativa da instrução de trabalho que foi posteriormente fornecida ao enfermeiro chefe do serviço para que a pudesse afixar em local apropriado.

Depois de descrever as atividades executadas para alcançar os objetivos, procedemos à avaliação e apresentamos os resultados alcançados.

2.3.4. Avaliação e divulgação dos resultados

Na avaliação de um projeto, é possível identificar diferentes fases. Destacamos a avaliação intermédia, conduzida durante a execução do projeto, e a avaliação final, que compreende a avaliação tanto do processo como do produto do projeto (Ruivo et al., 2010).

A avaliação intermédia representa um momento de reflexão e análise crítica do progresso até então. Realizada durante a fase de Execução do projeto, essa avaliação, também conhecida como depuração, permite identificar áreas de melhoria e realizar ajustes necessários. Durante esse processo, é essencial questionar o trabalho realizado até o momento, avaliar o nível de satisfação, sugerir melhorias possíveis e considerar atividades não planeadas que possam ser relevantes para o projeto. É crucial que os participantes compreendam a flexibilidade para replanear, reestruturar, produzir novas ideias, e alterar abordagens (Ruivo et al., 2010).

Durante a execução do projeto houve necessidade de realizar pequenos ajustes, pouco consideráveis, no sentido de o tornar mais apelativo para a equipa do serviço e de o ajustar à dinâmica do serviço, nomeadamente em termos de datas para apresentação da sessão de formação. Estas pequenas alterações tiveram por base as críticas do enfermeiro orientador e da docente orientadora.

A avaliação final tem um papel especialmente importante no término do projeto. É importante que a avaliação consiga abranger todos os aspetos, ou seja, deve analisar o produto final do projeto. Esta consiste em verificar se os objetivos iniciais foram alcançados. É útil contar com um

método para essa verificação, criando uma lista dos objetivos para avaliar o seu cumprimento. Se um objetivo for alcançado, é importante questionar a sua pertinência, ou seja, se foi realmente útil ao processo. Após o término do projeto, caso se perceba que um objetivo não era relevante, é essencial entender as possíveis justificações para essa constatação (Ruivo et al., 2010).

No que concerne à avaliação final e divulgação dos resultados do projeto, não foi possível fazer uma avaliação direta do cumprimento da instrução de trabalho durante a prestação de cuidados aquando da administração de NE no serviço. Ficou definido que irá ser nomeado um enfermeiro responsável pela instrução de trabalho, de forma a conseguir aplicar a grelha de avaliação, que pode ser observada no Apêndice VI e verificar o cumprimento da mesma.

Em relação ao indicador de avaliação sobre a apresentação da instrução de trabalho aos profissionais de enfermagem da UCI, foi conduzida uma avaliação no término da sessão de formação, para isso foi criado um questionário *online* cujas respostas foram analisadas para interpretar os resultados obtidos. O questionário foi disponibilizado através de um qrCode disponível na própria apresentação e também foi partilhado o link no WhatsApp da equipa. Obtiveram-se 22 respostas dos 27 presentes na sessão de formação as respostas obtidas (Apêndice V) revelaram uma avaliação bastante positiva. Sendo de destacar que cerca de 90% consideram que o conteúdo da sessão foi importante para o seu desempenho profissional e 95% consideram que os objetivos da sessão de formação foram atingidos.

Consideramos ainda importante destacar que dos 30 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem, incluindo o enfermeiro chefe, 27 estiveram presentes nesta sessão de formação.

Divulgar os resultados de um projeto é crucial para destacar sua relevância e o caminho percorrido na resolução de um problema específico. Na área da saúde, a aplicação da metodologia de projeto é essencial para o desenvolvimento profissional e melhoria dos serviços aos clientes, servindo como exemplo inspirador para outras instituições (Ruivo et al., 2010).

Indo de encontro a esta linha de pensamento foi realizada a formação para a divulgação do projeto, onde foi apresentada a instrução de trabalho que visa essencialmente melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem relacionados com a administração da NE à pessoa em situação crítica na UCI através da uniformização dos cuidados de enfermagem relacionados a esta técnica.

A disseminação científica dos resultados deste projeto acontece não só através do presente relatório e sua discussão em prova pública, mas também com a futura publicação do artigo (em análise) “Nutrição Entérica na pessoa em situação crítica na UCI: Mapeamento dos Cuidados de Enfermagem”, têm um papel fundamental no progresso do conhecimento em Enfermagem baseado na evidência.

Neste contexto específico, é imperativo realçar o papel de grande relevância desempenhado pelo EEEMC-PSC, detentor de competências enquanto Mestre em Enfermagem. A sua intervenção revela-se crucial tanto na execução como na divulgação de projetos concebidos para aprimorar substancialmente a qualidade dos cuidados de saúde. Com efeito, o EEEMC-PSC não apenas possibilita a tomada de decisões informadas em situações de elevada complexidade, como também contribui de forma significativa para a ampliação da visibilidade da prática de Enfermagem.

Ao assumir este papel central, o EEEMC-PSC desempenha uma função de destaque ao facultar uma abordagem fundamentada e especializada na gestão de situações complexas. Esta intervenção não se limita apenas ao âmbito técnico, indo além ao influenciar positivamente a perceção pública da Enfermagem. Este comprometimento ativo traduz-se na constante promoção da excelência na prestação de cuidados, contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo da profissão e reforçando a sua importância na sociedade.

Deste modo, a atuação do EEEMC-PSC reveste-se de uma significativa amplitude, transcendendo a simples execução de tarefas para se tornar um agente impulsionador na valorização e reconhecimento da Enfermagem. Tendo em conta esta característica de transformação e melhoria que o EEEMC-PSC possibilita iremos, no próximo capítulo, proceder a uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem que foram desenvolvidas ao longo do percurso académico e estágio final.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Ao longo deste capítulo será abordada a reflexão crítica e fundamentada do processo de aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do EEEMC PSC e das Competências de Mestre em Enfermagem, que foram alcançadas através das atividades desenvolvidas no Estágio Final, onde consolidamos os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo do Mestrado em EMC-PSC assim como os conhecimentos adquiridos ao longo da nossa prática profissional.

O desenvolvimento pessoal e profissional obtido durante este mestrado está alinhado com a perspectiva de Benner (1982), onde refere que esse crescimento é um processo gradual e contínuo. Esse processo integra aprendizagens práticas adquiridas em situações reais ao substrato teórico já previamente adquirido, possibilitando a evolução de principiante a perito. De forma mais específica, no que diz respeito à prática especializada em cuidados críticos, Benner et al. (2011) enfatizam uma abordagem altamente complexa. Nessa abordagem, o desenvolvimento de competências específicas ocorre por meio da integração entre os fundamentos teóricos e os conhecimentos práticos, caracterizados por um julgamento clínico aguçado e perspicácia, voltados para a gestão de cenários complexos e constantemente instáveis. É com base nesses princípios teóricos que construímos o nosso processo de aquisição e desenvolvimento de competências nos estágios, incorporando a experiência como um elemento essencial.

A aquisição do título de enfermeiro especialista requer não apenas a conferência das competências descritas em cada regulamento específico da especialidade em enfermagem, mas também a expectativa de que estes profissionais compartilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os cenários de prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Podemos definir competência como a aplicação de conhecimento, habilidades e julgamentos, na área específica da enfermagem, compreende um desempenho ancorado em conhecimentos, compreensão e julgamento clínico, associados a habilidades cognitivas, técnicas ou interpessoais, além de envolver atributos muito específicos de cada profissional (ICN, 2010). Seguindo esta linha de pensamento, entende-se por competência comum aquelas que são

compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas, não importando a sua área de especialização “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). Já as competências específicas são aquelas que “(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Para além das competências referidas anteriormente, neste capítulo serão abordadas as competências de Mestre em Enfermagem definidas pela Universidade de Évora (2015) de suma importância para a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem.

No subcapítulo seguinte, iremos realizar uma reflexão sobre todo o percurso formativo procurando demonstrar como isso facilitou a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, procurando integrar ao mesmo tempo as competências de Mestre em Enfermagem, uma vez que estas se interligam e completam.

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

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se divididas em quatro domínios sendo eles, o da responsabilidade ética e legal (A), o da melhoria contínua da qualidade (B), o da gestão dos cuidados (C) e o de desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Iremos então analisar separadamente cada um deles ao longo deste subcapítulo.

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 (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Integramos também para análise neste domínio a competência de mestre:

3- Ter capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações

e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais (Universidade de Évora, 2015).

Os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão de enfermagem que se encontram explanados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] e ainda no Código Deontológico presente na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro de 2015 foram uma constante ao longo de todo o nosso percurso profissional. A Deontologia é vinculada aos conceitos de dever e obrigação, refere-se a um conjunto de normas e princípios baseados em agir por dever, conferindo à ação o seu valor moral, cuja excelência só é alcançada por meio de uma vontade livre. No desempenho da profissão de Enfermagem, é nossa obrigação e dever cumprir com valores universais como o respeito pela dignidade humana, pela defesa da liberdade, pela verdade, igualdade e justiça (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Podemos afirmar que a UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem contribuiu de forma significativa para consolidar e aprofundar conhecimentos que nos permitiram uma reflexão crítica sobre a prática e a sua discussão com o enfermeiro orientador e restante equipa no local onde se desenrolou o estágio final.

Tal como referido no parágrafo anterior, foi nesta UC que elaborámos um trabalho subordinado ao tema da contenção física de pessoas em contexto de urgência. Foi fácil e adequada a transposição do tema, pois na UCI deparámo-nos com várias pessoas com *delirium*. No cuidado à pessoa com estas questões, sentimo-nos com suporte para a seleção de abordagens alternativas, tanto farmacológicas como não farmacológicas, antes de partir para a contenção física que se sabe ser tão prejudicial para as pessoas/famílias. Todos estes cuidados assentaram sempre numa perspetiva de prevenção de complicações que pudessem advir das pessoas retirarem dispositivos médicos no seu estado de agitação. Cuidámos assim, respeitando sempre os princípios éticos, normas legais e a deontologia profissional.

A ênfase na importância da relação terapêutica e o compromisso com a oferta de cuidados humanizados foram princípios orientadores que nortearam a nossa prática durante o Estágio Final. Proporcionámos assistência à pessoa doente e à família, assegurando o respeito pelos seus direitos e considerando suas crenças e valores morais, culturais, políticos e religiosos. Ao mesmo tempo, cumprimos rigorosamente as normas institucionais e aquelas inerentes à profissão, evidenciando o desenvolvimento da competência no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal. Sempre que possível, era permitido as pessoas permanecerem com o seu telemóvel, ou com outro objeto que considerassem importante para a manutenção da sua identidade ou respeito pelas suas crenças. Especificamente, e por se tratar de uma situação que nos tocou emocionalmente, a esposa de uma pessoa pediu-nos para afixar na unidade do doente os desenhos dos filhos onde estava explícito o pedido de recuperação do pai, procurando de

alguma forma transmitir força na fase vivenciada. Apesar da pessoa se encontrar sedada, acedemos ao pedido e colocámos os desenhos de forma visível, na esperança de que quando acordasse pudesse visualizar o que a sua família tinha idealizado. Acreditamos que este pequeno gesto tenha de facto importância não só na recuperação da pessoa, mas na qualidade dos cuidados prestados que abordam não só a pessoa doente, mas também a sua família.

O período do Estágio Final proporcionou uma oportunidade singular para uma análise mais aprofundada dos aspetos cruciais relacionados à segurança, privacidade e dignidade da pessoa. Neste contexto específico, onde se verificaram diferentes recursos humanos, materiais e físicos, observámos um aprimoramento notável nesses domínios. Na UCI, todos os enfermeiros demonstraram uma atenção e preocupação constantes com esses aspetos fundamentais. É importante salientar que, mesmo em situações desafiadoras ou emergentes, os profissionais na UCI mantiveram uma prática consistente de zelar pela privacidade das pessoas, adotando medidas como o encerramento de cortinas. Esse compromisso com a preservação da privacidade, mesmo em circunstâncias onde poderia haver justificativas para negligenciar esse cuidado, reflete a dedicação ao código deontológico, conforme delineado no artigo 107º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Este aprimoramento destaca a integração eficaz dos conhecimentos adquiridos durante o estágio e reforça a importância do respeito pelos princípios éticos e legais na prática diária.

Ao longo de toda a nossa experiência profissional, mas com plena consciência que o curso de mestrado e especialização em enfermagem, nomeadamente o estágio final tiveram uma preponderância importante no dever de sigilo como consta no artigo 106º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, salvaguardámos sempre a confidencialidade de quem era alvo dos nossos cuidados, sendo partilhada apenas a informação pertinente e só com aqueles que estavam envolvidos no plano terapêutico. Mantivemos o anonimato da pessoa, designadamente na realização do estudo de caso no âmbito deste estágio, bem como de todas as situações referenciadas e profissionais envolvidos.

No decorrer deste estágio o enfermeiro orientador foi um pilar importante, através da sua experiência profissional e conhecimento promoveu sempre momentos de reflexão sobre a prática dos cuidados prestados, procurando incorporar nestes momentos os conceitos éticos e deontológicos nas várias situações que foram encontradas neste caminho percorrido, permitindo assim o despertar de dúvidas com consequente procura na literatura disponível para esclarecimento. Ao mesmo tempo, em conjunto com ele, foram avaliados os cuidados prestados e o resultado das decisões tomadas para cada pessoa.

Após esta reflexão, pensamos poder afirmar que o estágio final nos proporcionou a oportunidade de desenvolver e consolidar as competências do domínio de atuar de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional na nossa área de especialidade

como futuros enfermeiros especialistas. Esta experiência fortaleceu não apenas a prática clínica, mas também a compreensão aprofundada da responsabilidade ética inerente à profissão de enfermagem.

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 (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Incluímos para análise desde domínio as competências de mestre 5 e 6

5- Participar de forma proativa em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais (Universidade de Évora, 2015)

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 (Universidade de Évora, 2015)

Neste domínio destacamos o projeto de intervenção em serviço, elaborado durante o estágio final, já descrito anteriormente neste relatório, sendo que para o desenvolvimento do mesmo contribuíram duas UC do tronco comum do mestrado, nomeadamente a Formação e Supervisão em Enfermagem e a Investigação em Enfermagem.

Este projeto de intervenção, alinhado com as necessidades identificadas no serviço, especialmente nos seus contextos de cuidados críticos, por meio de um diagnóstico de situação, cujo objetivo era promover uma melhoria contínua na qualidade nos cuidados prestados na UCI. Portanto, é possível afirmar que esse projeto contribuiu para fomentar um ambiente terapêutico e seguro, ao fortalecer a segurança nos cuidados oferecidos pelos enfermeiros às pessoas em situação crítica, nomeadamente através da administração da nutrição entérica de acordo com a última evidência científica. Como já referido anteriormente, a implementação deste projeto de intervenção para além da produção da instrução de trabalho incluiu uma sessão de formação, cujo plano pode ser consultado no Apêndice IV, para os enfermeiros da UCI com os objetivos de garantir que pessoa em situação crítica com NE recebe o aporte nutricional apropriado, uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com NE, prevenir complicações associadas à NE e enquadrar os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica.

A prestação de cuidados a pessoas em situação crítica é desafiadora e complexa, sendo o risco de complicações e de morte na UCI muito significativo. Uma estratégia utilizada para reduzir

este risco e melhorar a qualidade dos cuidados prestados é a utilização de protocolos, diretrizes, listas de verificação e algoritmos (Michetti et al., 2021). Seguindo esta linha de pensamento, com o apoio do enfermeiro orientador dedicamos uma parte significativa do tempo à pesquisa de protocolos e normas de atuação pertinentes à UCI. Esse processo foi fundamental para compreender os procedimentos padronizados, as diretrizes clínicas e as melhores práticas que orientam as intervenções de enfermagem. Embora inicialmente, a informação disponível tivesse conduzido a uma sobrecarga de trabalho, foi benéfico para o desenvolvimento do estágio final. Este conhecimento permitiu-nos prestar cuidados de acordo com aquilo que está instituído neste serviço, procurando sempre que o resultado fosse o melhor para a pessoa doente e com a maior qualidade disponível.

Tivemos oportunidade a aplicar escalas, como a de Morse, Braden, RASS, CAM ICU e de dor, permitindo assim avaliar de forma precisa as necessidades específicas de cada pessoa, ajustando posteriormente os cuidados que cada um necessitava, visando sempre a qualidade e a posterior recuperação da pessoa.

A monitorização do estado de consciência e nível de sedação para além da aplicação de escalas, já referidas anteriormente também foi efetuada recorrendo ao Índice Bispectral (BIS). Este baseia-se no processamento de sinais eletroencefalográficos do cérebro. O dispositivo utiliza três ou quatro elétrodos aplicados na testa da pessoa. Os elétrodos registam o sinal eletroencefalográfico [EEG] bruto e processam-no através de um algoritmo proprietário, produzindo um número adimensional, variando de zero a 100, onde 90 a 100 indica um estado de vigília e zero representa a ausência de atividade elétrica cerebral. Esta monitorização pode ser capaz de superar algumas das limitações das escalas subjetivas de sedação clínica e fornecer orientação mais confiável e consistente para a titulação da sedação na UCI (Shetty et al., 2018).

A gestão e controlo da dor esteve sempre presente ao longo de todos os turnos, uma vez que a doença crítica, independentemente da etiologia, é uma condição dolorosa. Vários estudos observaram que pelo menos metade de todas as pessoas em situação crítica descrevem sentir dor moderada a grave em repouso (Nordness et al., 2021). A sua avaliação, intervenções específicas para a controlar e avaliação destas, são de extrema importância sendo por vezes desafiante perceber quando uma pessoa doente sedada e curarizada necessita de ajuste analgésico, obrigando-nos à observação minuciosa da pessoa e cumprimento dos protocolos específicos de analgesia de cada uma.

Os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica estabelecem diretrizes essenciais para garantir que os enfermeiros fornecem

cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa em ambientes de cuidados intensivos (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Durante o estágio na UCI, foi fundamental basear a prestação de cuidados nestes padrões para assegurar a excelência na prática e promover resultados positivos para as pessoas.

Um dos aspetos contemplados nos padrões de qualidade é a segurança da pessoa, nesse sentido incluímos na nossa prática a prevenção de eventos adversos, como quedas, lesões por pressão, remoção de dispositivos médicos e infeções hospitalares. Procuramos seguir rigorosamente protocolos de higiene das mãos, usar equipamento de proteção adequado e garantir a correta administração de medicamentos para minimizar os riscos para as pessoas.

Além do referido anteriormente, os padrões de qualidade enfatizam a importância da prática baseada em evidências. Os enfermeiros na UCI devem estar atualizados com as melhores práticas clínicas e utilizar evidências científicas para fundamentar suas decisões de cuidado, nesse sentido foi também realizada de forma frequente pesquisa bibliográfica baseada na evidência, como se pode observar na produção semanal dos jornais de aprendizagem (Tabela 1).

A comunicação eficaz também é essencial para garantir a coordenação adequada do cuidado na UCI. Trabalhámos sempre em estreita colaboração com outros membros da equipa multidisciplinar, incluindo médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais e farmacêuticos, para garantir que as necessidades individuais de cada pessoa eram atendidas de forma abrangente e holística.

A mudança cultural para cuidados centrados na pessoa e na família tem fomentado uma agenda de pesquisa que avalia os benefícios da presença da família na UCI. Os familiares/cuidadores são definidos como aqueles indivíduos essenciais para o cuidado da pessoa e não são meros "visitantes sociais". As horas de visita flexíveis reduzem a ansiedade, aumentam a satisfação e melhoram o bem-estar das pessoas doentes. A atenuação dos sintomas de delírio associados à presença da família na beira do leito foi relatada em estudos observacionais. Capacitar as famílias e envolvê-las no cuidado de seu membro da família permite uma comunicação melhorada e relacionamentos aprimorados com a equipa. A visita flexível diminui a ansiedade e os sintomas depressivos nos familiares/cuidadores e foi geralmente percebida como benéfica pela equipa de saúde (Dragoi et al., 2022). Considerando esta evidência, ao longo de todo o estágio e sempre que possível facilitámos as horas de visita, bem como as informações prestadas às famílias/cuidadores. Da mesma forma, servimos como elo de ligação com a equipa médica, quando as necessidades de informação transpunham as nossas competências, servindo como facilitadores nestas situações.

Os produtos das inovações tecnológicas podem aprimorar a segurança da pessoa doente automatizando tarefas, introduzindo alertas de medicamentos, lembretes clínicos e relatórios de diagnóstico, facilitando a partilha de informações, melhorando a tomada de decisões clínicas, evitando erros potenciais, reduzindo a variação na prática e gerenciando escassez de mão de obra, bem como disponibilizando dados completos da pessoa doente (Astier et al., 2020). Durante o estágio o planeamento dos cuidados a prestar à pessoa em situação crítica foi sempre executado através da aplicação disponível no serviço, o *Bsimple*. Este sistema permite não só uma melhor gestão do tempo, mas também uma transição de cuidados mais eficaz. Da mesma forma a utilização do software *Weblab* permitia a impressão de etiquetas para identificação das amostras, evitando possíveis erros no manuseamento das mesmas.

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

Incluimos na análise deste domínio a competência de mestre n.º 1:

Demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada (Universidade de Évora, 2015)

A busca contínua e crescente por serviços de saúde, resultante do envelhecimento da população europeia e das crescentes expectativas das pessoas em relação aos cuidados de saúde, exige um reforço em quantidade e qualidade dos recursos humanos na área da enfermagem (G. Teixeira et al., 2022). Devido ao seu papel na prestação de cuidados, os enfermeiros desempenham uma função crucial no cuidado das pessoas/famílias e estão numa posição privilegiada para identificar áreas de melhoria na prática e oportunidades para aprimorar a prestação de cuidados.

Pensamos que os enfermeiros em todas as áreas, desde os que prestam cuidados diretamente, aos líderes de enfermagem, devem estar envolvidos de forma ativa na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. No entanto, os líderes de enfermagem têm uma função essencial em promover o desenvolvimento de competências na melhoria da qualidade e o envolvimento em iniciativas de melhoria para todos os enfermeiros (Tschannen et al., 2021).

Como podemos observar no parágrafo anterior, os enfermeiros líderes desempenham um papel importante na qualidade dos cuidados prestados, importa ainda reforçar que a evidência

demonstra que ambientes favoráveis à prática de enfermagem contribuem para aumentar a satisfação dos enfermeiros, promover a sua retenção, reduzir o *burnout* nas organizações, melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados às pessoas, melhorar a experiência de cuidados hospitalares, aumentar a satisfação das pessoas com a comunicação dos enfermeiros, diminuir a mortalidade, reduzir os custos nas organizações e melhorar a sua classificação e índice de recomendação (Teixeira et al., 2022).

De forma a percebermos o trabalho do enfermeiro responsável da UCI, na quinta semana do estágio foi realizado um turno, com o enfermeiro responsável do serviço, para melhor compreender a dinâmica da gestão do serviço e da equipa de enfermagem. Tivemos oportunidade de assistir à elaboração de parte do horário e das dificuldades encontradas enquanto se tenta assegurar os turnos mensais e ajustar a vida pessoal de cada enfermeiro com as necessidades do serviço. Colaborámos na validação das marcações de ponto biométricas, assegurando que a marcação correspondia ao turno que o enfermeiro estava escalado. Foi-nos apresentado o software utilizado para pedidos ao armazém e farmácia, bem como se executam os pedidos nas diferentes aplicações. Existe ainda algum material que por ser específico da UCI é adquirido diretamente por esta sendo os contatos para as encomendas deste tipo de material feito diretamente pelo enfermeiro chefe (ex: cartuchos para o gasómetro). Conversamos também sobre as diferentes formas de liderança e como o enfermeiro chefe procede com a sua equipa de enfermagem, vendo-se este como um líder democrático, que ouve a sua equipa e a motiva para a ajudar a atingir os melhores resultados possíveis. Aproveitámos ainda este momento em conjunto para partilhar ideias acerca da gestão de conflitos que por vezes tão facilmente surgem nos seios das equipas e quais as estratégias possíveis para os resolver. O enfermeiro responsável manifestou ainda o interesse em novos projetos para o serviço, nomeadamente na criação de normas e instruções de trabalho que tragam para o serviço maior qualidade a nível da prestação de cuidados de enfermagem. Falámos ainda na importância da presença dos estudantes da especialidade e de como é benéfica para o serviço a presença deles a nível de contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Continuando a explorar a liderança, delegar é uma competência essencial de liderança que pode influenciar a qualidade dos cuidados e a satisfação das pessoas doentes, os enfermeiros realizam esta atividade múltiplas vezes ao longo do dia para assegurar que os melhores resultados de saúde sejam alcançados para as pessoas, considerando os recursos disponíveis (Crevacore et al., 2023). Apesar de existirem várias definições de delegação de tarefas, em enfermagem delegar é o processo de um enfermeiro direcionar outra pessoa para desempenhar tarefas e atividades de enfermagem (Barrow & Sharma, 2023). Apesar de parecer simples, delegar cuidados é um processo de tomada de decisão complexo que requer do enfermeiro o

uso de habilidades de liderança e gestão para demonstrar assertividade dentro das equipas com as quais trabalham, advogar pelas pessoas e garantir que as atividades de enfermagem sejam executadas de forma eficaz (Crevacore et al., 2023).

Tendo em conta o referido no parágrafo anterior, o ato de delegar inicialmente mostrou-se difícil, primeiro pelo rácio pessoa doente/enfermeiro da UCI permitir tempo para executar todas as tarefas, mesmo as mais simples, aqui o enfermeiro orientador teve um papel importantíssimo, deixando-nos criar segurança para posteriormente sermos capazes de delegar de forma eficaz. Por outro lado, o facto de se tratar de um serviço novo, exigiu um exercício mental para percebermos quais seriam as tarefas que poderíamos delegar com segurança, mais uma vez o enfermeiro orientador deu-nos espaço para pensar sobre isto e posteriormente permitiu-nos agir nesse sentido. Importa ainda referir que em todos os atos de delegação foram cumpridos os cinco “certos” definidos pela literatura (Barrow & Sharma, 2023): a tarefa correta, na circunstância correta, para a pessoa correta, com a supervisão correta e com a direção e comunicação corretas. Fomos assim ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros como pode ser observado no seu parecer n.º 136/2007 emitido por esta ordem (Ordem dos Enfermeiros, 2007) e cumprindo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializado em Enfermagem Médico Cirúrgica: “A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro especialista” e ainda “A responsabilização do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 13).

As UCI fornecem intervenções complexas e invasivas, associadas geralmente, a cuidados de enfermagem também eles complexos, sendo por isso consideradas um ambiente de alto risco para a ocorrência de eventos adversos nos hospitais (Ross et al., 2023). Sabemos que carga de trabalho em enfermagem quando aumentada está associada à diminuição qualidade dos cuidados com aumento de quedas, aumento de úlceras de pressão, aumento de infeções e até ao aumento da mortalidade (Chang et al., 2019). Os enfermeiros que trabalham na UCI devem regularmente avaliar a carga de trabalho necessária para o cuidado das pessoas, utilizando ferramentas disponíveis como escalas validadas no país para medir essa variável, devem também manter uma vigilância constante sobre a ocorrência de eventos adversos na unidade, que podem estar relacionados com a sobrecarga de trabalho (Oliveira et al., 2016). Neste sentido e de forma a perceber como era feita a distribuição do trabalho pela equipa de enfermagem na UCI colocámos essa questão ao enfermeiro orientador. Apesar de existirem duas escalas validadas para mensuração da carga de trabalho dos enfermeiros na UCI, sendo a mais antiga a Therapeutic Intervention Score System-28 (TISS 28) e a mais recente a Nursing Activities Score (NAS) (Macedo et al., 2021), nesta UCI nenhuma delas é utilizada. A distribuição é feita pelo

enfermeiro responsável de turno para o turno seguinte e pelo enfermeiro responsável de serviço nos turnos da manhã. Como o enfermeiro orientador era várias vezes responsável de turno, tivemos oportunidade de auxiliar nesta tarefa, e dado que não são utilizadas escalas, a distribuição é feita pela tipologia da pessoa doente e da quantidade de cuidados que necessita.

Tendo em conta o referido no paragrafo anterior, optámos por desenvolver esta temática num jornal de aprendizagem cujo tema foi os “Instrumentos de medida de carga de trabalho de Enfermagem em UCI”.

O Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta importante na aplicação do conhecimento em enfermagem, proporcionando organização e melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Ele é caracterizado por cinco etapas interdependentes e inter-relacionadas: Colheita de dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planeamento das intervenções, Implementação e Avaliação. Essas etapas são fundamentais para orientar o pensamento crítico e reflexivo do enfermeiro, capacitando-o a interpretar as informações obtidas em seus achados clínicos. O PE estabelece uma relação sólida entre enfermeiro e a pessoa, promovendo segurança na tomada de decisão e garantindo uma assistência baseada em evidências científicas. Além disso, contribui significativamente para uma melhoria expressiva nos cuidados devido ao planeamento personalizado das intervenções de enfermagem (Santos et al., 2018).

Tendo em conta o referido no paragrafo anterior, para o EEEMC o processo de enfermagem assume igualmente importância no planeamento de cuidados especializados, indo assim ao encontro ao emanado pela Ordem dos Enfermeiros através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica que cabe ao EEEMC-PSC:

- “A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;
- A prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados; O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas;” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 13)

Tendo em conta o anteriormente referido, em todas as pessoas admitidas por nós na UCI foi realizada na plataforma *BSimple* a colheita de dados, seja através da consulta do processo clínico, de uma entrevista com a pessoa internada ou com as pessoas de referência. Seguidamente foram realizados os diagnósticos pertinentes e planeadas as intervenções. Posteriormente estas foram avaliadas e feitos os ajustes necessários tendo em conta os resultados para a pessoa doente. De forma a facilitar a transição de cuidados e a continuidade

destes, a utilização da plataforma *BSimple*, em conjunto com os momentos de passagem de turno, foram fundamentais.

Consideramos importante enfatizar que a informação recebida através da transição de cuidados ou a recolhida através da colheita de dados é de suma importância na definição dos cuidados prioritários à pessoa em situação crítica uma vez que “A identificação correta de um foco de enfermagem é um passo essencial para o reconhecimento de um problema ou de uma necessidade específica e para a elaboração de um diagnóstico, que permita planear uma resposta adequada” (Cruz et al., 2017, p. 74).

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

Consideramos para análise conjunta com este domínio as competências de mestre n.º 2 e n.º4.

1- Iniciar, contribuir, desenvolver e disseminar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência .

2- Realizar desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida (Universidade de Évora, 2015)30/04/24 11:40:00

A assertividade é uma característica importantíssima nos enfermeiros, pois afeta diretamente a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação no trabalho. Estudos revelam que baixos níveis de assertividade podem resultar em comunicação inadequada e, consequentemente, numa redução na qualidade dos cuidados oferecidos às pessoas. Além disso, enfermeiros com baixa assertividade tendem a experimentar menor satisfação no trabalho. Por outro lado, à medida que os níveis de assertividade aumentam, observa-se uma melhoria significativa nos processos de tratamento e recuperação das pessoas. A comunicação entre a equipe de saúde e as pessoas torna-se mais eficaz, os conflitos são minimizados e a satisfação no trabalho é ampliada. Portanto, investir no desenvolvimento da assertividade dos enfermeiros não só beneficia os profissionais individualmente, mas também eleva o padrão de cuidados de saúde oferecidos, resultando em uma experiência mais positiva para todos (Ayhan & Öz, 2021). É fundamental que os enfermeiros tenham consciência de si mesmos para crescerem tanto pessoal quanto profissionalmente, e para estabelecerem uma conexão autêntica com as pessoas. Ao estarem conscientes das suas emoções, personalidades e potenciais, os enfermeiros são capazes de compreender as habilidades e limitações das pessoas doentes a

seu cargo, e auxiliá-los a reconhecer suas próprias capacidades. Adicionalmente, essa consciência pessoal também aprimora a capacidade dos enfermeiros de analisar criticamente situações e tomar decisões (Younas et al., 2020).

Tendo em conta o enunciado no paragrafo anterior, durante o estágio final procuramos identificar as principais dificuldades vividas durante este período e em conjunto com o enfermeiro orientador e a professora orientadora encontramos estratégias para superar as dificuldades sentidas. Ao longo do estágio deparámo-nos com desafios significativos que exigiram um alto nível de assertividade e autoconhecimento para serem superados. A UCI é um ambiente complexo e dinâmico, onde cada decisão e ação dos enfermeiros têm um impacto direto na saúde e no bem-estar das pessoas doentes. A assertividade foi uma habilidade fundamental que desenvolvemos para lidar com as pressões e exigências da UCI. Ao sermos assertivos, pudemos comunicar as nossas necessidades, preocupações e ideias de forma clara e eficaz com a equipa de saúde, garantindo que as melhores decisões fossem tomadas em benefício das pessoas. Por exemplo, em situações de emergência, a capacidade de ser assertivo permitiu-nos agir com rapidez e eficiência, coordenando esforços com outros membros da equipa para fornecer cuidados imediatos. Além disso, o autoconhecimento desempenhou um papel importante no nosso desenvolvimento pessoal e profissional durante o estágio na UCI. Ao refletirmos sobre as nossas próprias habilidades, limitações e reações emocionais diante de situações desafiadoras, fomos capazes de entender melhor como poderíamos contribuir de maneira mais eficaz para a equipa de enfermagem e para o bem-estar das pessoas doentes. Por exemplo, ao reconhecermos os nossos pontos fortes e áreas de melhoria, pudemos concentrar-nos em aprimorar as habilidades clínicas e desenvolver estratégias para lidar com o stresse e a pressão do ambiente da UCI.

O desenvolvimento das características referidas anteriormente, não apenas nos ajudaram a enfrentar as dificuldades encontradas durante o estágio final na UCI, mas também nos permitiram crescer enquanto profissionais de saúde. Aprendemos que, ao sermos assertivos e conhecermos as nossas próprias habilidades e limitações, podemos desempenhar um papel mais eficaz na prestação de cuidados de saúde de qualidade e no apoio às pessoas e à equipa multidisciplinar em situações desafiadoras.

A prática reflexiva assume-se como um aspeto muito importante em contexto clínico, por este ser o local onde interligamos os conhecimentos teóricos adquiridos com os momentos práticos reais, por estar recheado de imprevisibilidade e por se criar a necessidade de reflexão para a tomada de decisão (Peixoto & Peixoto, 2016). Aqui os jornais de aprendizagem que elaborámos ao longo do estágio final (Tabela 1) permitiram momentos de reflexão sobre o que vimos e fizemos na prática clínica conduzindo a uma melhor prática de enfermagem. Por outro lado, a sua elaboração permitiu o aprofundamento de certas temáticas que consideramos

importantes e relevantes, contribuindo ao mesmo tempo para o aprofundamento do conhecimento através do estudo autónomo, ou seja através da pesquisa individual de forma a sustentar a prática na prestação de cuidados (prática baseada na evidência) perante a PSC.

Considerando ainda a prática baseada na evidencia, os estudos de caso têm sido amplamente utilizados na formação em enfermagem, pois ajudam os estudantes a construir sobre o conhecimento ensinado, a colecionar informações e analisá-las para fazer diagnósticos e apoiar intervenções de enfermagem (Santos et al., 2023). Assim, elaboramos um estudo de caso (Apêndice II) com o tema: *A Pessoa Politraumatizada na UCI*.

A busca de uma cultura de qualidade numa organização de saúde passa “(...) por um ambiente de trabalho onde as ideias e boas práticas sejam partilhadas, onde o ensino e a investigação sejam valorizados (...)” (Organização Mundial de Saúde, 2020, p. 14), nesse sentido procuramos justificar a nossa proposta para elaborar uma instrução de trabalho sobre Nutrição Entérica e a realização da sessão de formação com base no diagnóstico de necessidades obtido por meio de entrevistas exploratórias. A promoção da mudança e o envolvimento da equipa na melhoria da prática requerem evidência científica e o uso de estratégias que permitam a análise das situações ou problemas. Dessa forma, elaborámos um projeto de intervenção seguindo a metodologia de projeto, cumprindo todas as etapas conforme descritas anteriormente. Recorremos aos contributos da Unidade Curricular de Investigação para elaborar uma *Scoping Review* com o título "Nutrição Entérica na pessoa em situação crítica na Unidade de Cuidados Intensivos: Mapeamento dos Cuidados de Enfermagem", cujo resumo pode ser observado no Apêndice I. Os contributos desta Unidade Curricular foram cruciais para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, reconhecendo a importância dos diversos níveis de evidência para a prestação de cuidados e a construção do conhecimento em Enfermagem. A elaboração desta *Scoping Review* e a sua subsequente divulgação não só contribuem para o avanço da profissão, mas também para o aprimoramento das nossas competências na área da Investigação, reconhecendo as várias ferramentas disponíveis e a sua importância no processo de produção de conhecimento em Enfermagem.

A formação dos enfermeiros é fundamental dentro do currículo de enfermagem, proporcionando a base necessária para conectar a teoria com a prática, o papel do enfermeiro como formador abrange orientação, apoio, estímulo e facilitação da aprendizagem em uma

variedade de cenários de prática onde se incluem os hospitais (Gcawu & Van Rooyen, 2022). Neste sentido, enquanto estudantes desenvolvemos uma formação no âmbito do projeto de intervenção em serviço, como já referido no capítulo anterior, subordinada ao tema “Nutrição Entérica na UCI – Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem” cujo plano de sessão da formação pode ser observado no Apêndice IV. Ao mesmo tempo que o Estágio Final se desenvolvia, no nosso local de trabalho também participámos como formadores, formando pessoas em suporte básico de vida, como se pode ver no Anexo I.

Durante este percurso houve a preocupação de participar no Congresso do Doente Crítico 2023 organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros (Anexo II) não só na perspetiva de atualização e discussão de conhecimento científico em enfermagem, mas também como forma de disseminação deste através da apresentação de um poster com o título “Confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester” onde obtivemos um 3.º prémio (Anexo III).

Ainda no âmbito formativo, tivemos oportunidade de frequentar o “Curso de Formador e Auditor do Sistema de Triagem de Manchester” (Anexo IV), curso este que confere competência não só para efetuar auditorias ao sistema de triagem de prioridades em utilização no Serviço de Urgência, permitindo assim aumentar a qualidade do serviço prestado à população que recorre a este serviço, mas também permite participar de forma ativa na formação de futuros colegas como futuros triadores do Sistema de Triagem de Manchester.

Como enfermeiros a desempenhar funções numa Viatura de Emergência Médica e com a competência acrescida diferenciada em Emergência Extra Hospitalar existem determinados cursos que consideramos essenciais, sendo de extrema importância fazer a sua atualização ao longo do tempo. A educação profissional ao longo da vida é considerada um indicador qualitativo na área da saúde, uma vez que aprimora o conhecimento e as habilidades dos profissionais de saúde, além do cuidado de enfermagem (Lera et al., 2020). No decurso da UC de Médico-Cirúrgica 4 tivemos oportunidade de realizar, o Curso de Suporte Básico de Vida (SBV) (Anexo V), o *Curso Internacional Trauma Life Support* (ITLS) (Anexo VI) e o Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo VII), que ajudaram na prestação de cuidados fundamentados em evidências, aumentaram a confiança e a segurança durante as intervenções realizadas, e promoveram o desenvolvimento e a obtenção das competências mencionadas anteriormente.

Após a reflexão e análise efetuadas anteriormente, julgamos que foram adquiridas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências de Mestre em Enfermagem. No próximo subcapítulo iremos analisar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – pessoa em situação crítica e de mestre em enfermagem.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A atribuição do título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – pessoa em situação crítica pressupõe não só a verificação das competências comuns, já analisadas no subcapítulo anterior, mas também a verificação das competências enunciadas no regulamento da respetiva especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Por competência específica entendem-se aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). Entendemos que a competência de mestre em enfermagem n.º 7, “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (Universidade de Évora, 2015) também se enquadra nesta análise.

Tendo em conta o enunciado no parágrafo anterior importa referir que para o desenvolvimento destas competências contribuíram as UC's de EMC e Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, o estágio final em contexto de UCI para além das competências adquiridas ao longo de 18 anos de experiência profissional, em que a maioria deles foram em contexto de Urgência e emergência pré-hospitalar (Ambulância SIV e VMER). Assim, segue-se uma análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências específicas na área de especialização de EMC – PSC.

As competências específicas do EEMC – PSC são (Ordem dos Enfermeiros, 2018):

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O desenvolvimento e aquisição destas competências permitiu uma prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica, que são definidos pela Ordem dos Enfermeiros como:

“(…) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades

afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 10)

Segue-se a análise das três competências enunciadas anteriormente.

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

Dada a multiplicidade de patologias que as pessoas em situação crítica internadas na UCI apresentam, conduzem a que os cuidados de enfermagem prestados sejam também variados, sendo o denominador comum, a qualidade destes, sempre presente.

Ao longo do estágio tivemos oportunidade de prestar cuidados a pessoas em situação crítica e famílias com múltiplas patologias e problemas, nomeadamente pessoas com insuficiência respiratória tipo I e II, AVC isquémico e hemorrágico, Enfarte Agudo do Miocárdio, com Insuficiência Cardíaca, com Lesão Renal Aguda, Politraumatizadas, submetidas a grandes cirurgias abdominais e ortopédicas, com disritmias como Fibrilhação Ventricular e Auricular, Bloqueios Auriculoventriculares grau I, II e III, entre outras situações.

A avaliação do resultado do tratamento médico teve início em 1863 com Florence Nightingale, e se inicialmente se baseava no julgamento subjetivo dos clínicos, com o desenvolvimento das unidades de cuidados intensivos, surgiu a necessidade de medidas quantitativas de resultados. Foram desenvolvidos sistemas de pontuação para avaliar a eficácia das práticas de tratamento. O *outcome* do tratamento das pessoas doentes em cuidados intensivos depende de vários fatores, e muitos sistemas de pontuação foram criados para essa finalidade. Maioritariamente essas escalas são conhecidas pelo seu acrónimo e ajudam a perceber a efetividade do tratamento e auxiliam na tomada de decisão (Rapsang & Shyam, 2014). Tivemos oportunidade a aplicar várias escalas, como a de Morse, Braden, RASS, CAM ICU e de dor, permitindo assim avaliar de forma precisa as necessidades específicas de cada pessoa, ajustando posteriormente os cuidados que cada um necessita, visando sempre a qualidade e a posterior recuperação da pessoa.

O desenvolvimento de protocolos para o trabalho dos enfermeiros tem como objetivo facilitar as suas atividades diárias, melhorando os resultados e a segurança das pessoas doentes e de toda a equipa multidisciplinar (Lalova et al., 2019). A administração e gestão de protocolos complexos foi também prática comum ao longo do estágio, nomeadamente através da administração de insulina em perfusão com ajuste consoante os valores da glicémia, seguindo

sempre as indicações dos algoritmos disponíveis no serviço e adaptados a cada pessoa. A titulação de drogas vasoativas para manutenção de valores alvo de PAM, por exemplo em pessoas com TCE, também se revelaram desafiadoras e obrigou-nos a uma aprendizagem contínua ao longo do estágio.

A monitorização do estado de consciência e nível de sedação para além da aplicação de escalas, algumas já referidas anteriormente também foi efetuado recorrendo ao Índice Bispectral [BIS], este é um parâmetro que realiza uma monitorização cerebral, fazendo uma leitura direta dos efeitos da sedação, indicando o seu nível de consciência, permitindo uma titulação de drogas sedativas mais eficaz (Shetty et al., 2018).

A incapacidade de manter a função respiratória é uma das principais causas de admissão na UCI (Lai et al., 2019), durante este estágio os cuidados à pessoa ventilada estiveram muitas vezes presentes. Desde a comunicação com a pessoa e família antes da colocação do TOT, de forma a explicar o procedimento e da necessidade imperativa de sedação, tentando diminuir a ansiedade nas pessoas e famílias aquando da necessidade deste procedimento, uma vez que promovendo uma comunicação eficaz pode reduzir a incerteza, promover a tomada de decisão pela pessoa e melhorar a adesão ao plano de tratamento (Kwame & Petrucka, 2021).

Em sequência com o referido no paragrafo anterior, tivemos oportunidade de colaborar na técnica de entubação sequencial rápida, de forma a assegurar de forma eficaz uma via aérea avançada. Com a posterior manutenção da via aérea avançada, com o cumprimento da norma 021/2015 atualizada a 17/11/2022, *“Feixe de Intervenções” para a prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. A aspiração de secreções e manutenção da higiene oral na pessoa ventilada, por vezes desafiante dada a instabilidade hemodinâmica. E por fim, o desmame ventilatório, com consequente extubação, sempre observando a resposta da pessoa e colaborando com a equipa médica em pequenos ajustes terapêuticos que se revelam cruciais para o sucesso desta técnica.

Dadas as inovações tecnológicas, algumas trazidas pela pandemia por SARS COV 2, a utilização de VNI ou de ONAF, também foram alternativas à VMI (Gupta et al., 2020). O conhecimento destas técnicas ventilatórias e a sua manutenção também se revelaram de extrema importância na prestação de cuidados. A vigilância da pessoa ventilada (seja de forma invasiva ou não invasiva) com o registo dos parâmetros utilizados e a resposta desta à técnica utilizada, levou a que muitas vezes não houvesse necessidade de utilizar técnicas mais invasivas e prejudiciais para a pessoa.

As pessoas em situação crítica têm na maioria das vezes, grandes necessidades terapêuticas, o Cateter Venoso Central [CVC] reveste-se de extrema importância neste serviço, daí que, foram muitas vezes prestados cuidados a pessoas com este dispositivo médico. O cumprimento da norma 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 *“Feixe de Intervenções”*

para a prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central foi uma constante. Desde a colaboração com a colocação deste até à sua remoção, procurámos sempre que os cuidados prestados fossem da mais elevada qualidade e sustentados por informação científica relevante e recente.

Na UCI, é fundamental monitorizar os sinais vitais das pessoas, pois mudanças súbitas podem indicar uma deterioração iminente do estado de saúde, esta deterioração pode evoluir rapidamente para eventos com risco de vida, que podem ser evitados se detetados e tratados corretamente. Os sinais vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, são indicadores importantes dessa deterioração. Os enfermeiros da UCI têm a responsabilidade de monitorizar continuamente esses sinais vitais para garantir a segurança das pessoas (Romare et al., 2022). A vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica foi uma constante ao longo do estágio, a recolha de parâmetros vitais como frequência cardíaca, temperatura, saturação periférica de oxigénio e pressão arterial foram fundamentais para a titulação de terapêutica e ajuste de parâmetros ventilatórios. Tivemos oportunidade de utilizar técnicas de monitorização avançada invasiva como o sistema *PICCO* permitindo assim uma melhor avaliação do estado hemodinâmico das pessoas.

A instabilidade hemodinâmica, muitas vezes presente nas pessoas internadas neste serviço, leva a que a maioria seja alvo de uma monitorização da pressão arterial invasiva, tivemos assim oportunidade de colaborar na colocação de linhas arteriais por mais que uma vez, bem como executar procedimentos que visam a manutenção deste dispositivo médico invasivo. Esta monitorização mostrou-se de extrema importância, nomeadamente, na titulação drogas vasoativas.

A comunicação na UCI é desafiada pela incapacidade das pessoas de falar devido à intubação, tratamento e doença. Para pessoas conscientes, mas sem voz, a capacidade de expressar preocupações, necessidades e sintomas é de extrema importância, as dificuldades de comunicação estão entre os fatores de *stress* mais comuns para pessoas em ventilação mecânica, e ser ventilado muitas vezes está associado a sentimentos de pânico, medo e desconforto causados pelo tubo (Nyhagen et al., 2023). Ao longo do estágio tivemos oportunidade por diversas vezes de comunicar com pessoas que viam a sua voz comprometida ou mesmo ausente, sendo desafiante a utilização de meios de Comunicação Alternativa e Aumentativa de forma a conseguir estabelecer contato com estas pessoas, levando a que se sentissem menos ansiosas e, por conseguinte, mais satisfeitas com os cuidados prestados. Se isto é verdade para as pessoas que recebem os nossos cuidados, também o é para nós que os prestamos e conseguimos perceber de alguma forma como podemos ajudar a pessoa que necessita de nós, indo de encontro às suas reais necessidades. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas conscientes, mas sem voz, é desafiador e frequentemente associado a dificuldades

de comunicação, no entanto, pessoas menos sedadas também proporcionam a oportunidade de maior envolvimento da pessoa e para os enfermeiros ganharem *insights* sobre as experiências e sintomas destas (Nyhagen et al., 2023).

O posicionamento das pessoas assume uma grande importância no contexto de situação crítica, para além da prevenção óbvia do aparecimento de lesões por pressão, a repercussão hemodinâmica na pessoa é de extrema importância, sendo por vezes difícil encontrar uma forma de manter o estado hemodinâmico e cumprir com o alívio das zonas de pressão (Mezidi & Guérin, 2018). Estes aspetos fizeram sempre parte da nossa prática diária ao longo deste estágio, para além do já referido anteriormente. Tivemos em conta, sempre que possível a manifestação da pessoa em relação à sua posição de conforto. A prestação de cuidados a pessoas em decúbito ventral também foi abordada durante o estágio. A colocação da pessoa nesta posição assume um momento de tensão para toda a equipa dada a complexidade técnica que é trocar todos os dispositivos invasivos e monitorização aquando da alteração de decúbito, mas com planeamento e sistematização conseguimos promover o bem-estar da pessoa e o seu equilíbrio.

A utilização de técnicas de substituição renal, nomeadamente a HDFVVC foi talvez a técnica de maior complexidade utilizada ao longo do estágio. Sendo de extrema importância o cumprimento deste protocolo terapêutico complexo, de forma a obter os melhores resultados para as pessoas. Os cuidados de enfermagem são indispensáveis à pessoa em situação crítica que está em tratamento hemodialítico, uma vez que este ocasiona inúmeras complicações, nomeadamente hipotensão, hipoglicémia e disritmias, sendo mandatória a vigilância apertada como forma de prevenção (Silva et al., 2022). Se a pessoa em situação crítica carece de uma vigilância apertada, a pessoa em situação crítica sujeita a esta técnica necessita de um acompanhamento constante.

A gestão e controlo da dor esteve sempre presente ao longo de todos os turnos, desde a sua avaliação, intervenções específicas para a controlar e avaliação destas, sendo por vezes desafiante perceber quando um doente sedado e curarizado necessita de ajuste analgésico, obrigando-nos à observação minuciosa da pessoa e cumprimento dos protocolos específicos de analgesia de cada um, indo assim de encontro ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363). Neste sentido, foram utilizadas medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas (Teixeira & Silva, 2023), obrigando-nos a mobilizar o nosso conhecimento ao nível de administração de terapêutica.

A má comunicação é descrita na literatura como uma barreira ao controlo da dor (Alotni et al., 2023), assim de forma a evitar este problema, para além dos registo óbvios no programa informático das avaliações preconizadas, sempre que consideramos necessário falámos e negociámos com os médicos a implementação de medidas analgésicas pertinentes.

Dilemas éticos e morais surgem muitas vezes aquando da prestação de cuidados. O início do protocolo numa pessoa para doação de órgãos, foi uma oportunidade de aprendizagem enorme. Para além dos cuidados à pessoa para proteção dos órgãos, a comunicação com a família, de forma constante e cuidada para que compreendessem e aceitassem todos os momentos deste processo complexo. A experiência do fim de vida na UCI, quando se chega ao teto terapêutico e a inevitabilidade da morte surge no horizonte, há a necessidade de adaptar os cuidados à nova realidade, procurando não só cuidar da pessoa, mas também da família que vê a sua realidade alterada, por vezes de forma repentina. Aqui o EEMC – PSC vê o seu papel de assistir “(...) a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

O internamento na UCI representa um acontecimento inesperado que desencadeia mudanças tanto na pessoa quanto na família, impactando todos os seus membros e exigindo a adaptação a uma nova realidade. Diante desse cenário, a intervenção do enfermeiro é essencial para compreender a singularidade de cada família, identificar as suas necessidades e auxiliar na implementação de estratégias de *coping* para facilitar a adaptação a essa transição no ciclo de vida. Durante o estágio final, procurámos sempre incluir os familiares na prestação de cuidados, respeitando as suas crenças e valores. O fornecimento de informações é por vezes o suficiente para acalmar a ansiedade, pelo que tentamos sempre que nos foi possível comunicar com os familiares, seja nos momentos da visita, ou através do ajuste do horário para que todos pudessem obter informações e visitar e acompanhar os seus entes queridos, internados no serviço.

A nutrição da pessoa em situação crítica foi um tema que nos suscitou interesse, já que a administração da nutrição parentérica e entérica foi prática comum, levando a que esta temática fosse alvo de estudo, de forma a irmos ao encontro da mais recente evidência, como pode ser observado no subcapítulo relativo ao projeto de intervenção.

Posto isto, pensamos ter demonstrado a aquisição desta competência não só no cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mas também competências clínicas comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade, EMC – PSC. Seguidamente iremos analisar a competência: dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

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

Na elaboração do projeto de estágio, para o desenvolvimento deste domínio propusemos como atividades/estratégias a desenvolver no contexto da UCI:

- Conhecer o plano de resposta a situações de emergência e evacuação do serviço;
- Analisar o plano de emergência e evacuação do serviço;
- Esclarecer dúvidas sobre o plano de resposta a situações de catástrofe e evacuação do serviço.

Importa assim perceber que catástrofe, segundo a Lei de bases da Proteção Civil é “um acidente grave ou série 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362). Já uma situação de exceção consiste “(...) numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362). Já uma situação de emergência “resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

Todas as comunidades enfrentam a possibilidade de emergências e desastres, que podem surgir de surtos de doenças infecciosas, conflitos, perigos naturais, tecnológicos e outros. As consequências desses eventos podem ser severas para a saúde, economia, política e sociedade. Fatores como mudanças climáticas, urbanização descontrolada, crescimento populacional, resistência antimicrobiana e instabilidade política contribuem para o aumento da frequência, gravidade e impacto desses eventos, destacando a necessidade de uma gestão eficaz de riscos. Nesse sentido, os sistemas de saúde em todos os níveis têm um papel central na gestão dos riscos e na redução das consequências tanto de situações rotineiras quanto de emergências devido a todo o tipo de ameaças (OMS, 2019).

Globalmente, os eventos mais comuns de risco incluem acidentes de transporte, inundações, ciclones/tempestades, surtos, acidentes industriais e terremotos. Aproximadamente 190 milhões de pessoas sofrem diretamente todos os anos de emergências causadas por ameaças naturais e tecnológicas, resultando em mais de 77.000 mortes. Adicionalmente, 172 milhões são afetados por conflitos. No período de 2012 a 2017, a OMS registou mais de 1200 surtos em 168 países, abrangendo tanto doenças infecciosas emergentes quanto reemergentes. Além de aumentar a morbidade, mortalidade e incapacidade, as emergências podem resultar em graves interrupções no sistema de saúde. Elas interferem na prestação de serviços de saúde através de danos e destruição de instalações de saúde, interrupção de programas de saúde,

perda de profissionais de saúde e sobrecarga dos serviços clínicos. Uma única emergência pode retroceder os ganhos de desenvolvimento em saúde pública e outros setores por décadas (OMS, 2019).

A constante experiência global de desastres e eventos de emergência, reforça a importância de os enfermeiros estarem preparados com uma compreensão compartilhada de como participar na preparação, resposta e recuperação destes eventos. Os enfermeiros sendo o maior grupo de profissionais de saúde, frequentemente a trabalhar em situações difíceis com recursos limitados, desempenham papéis vitais quando ocorrem desastres, atuando como primeiros socorristas, oficiais de triagem e provedores de cuidados, coordenadores de cuidados e serviços, fornecedores de informações ou educação, e conselheiros. Por isso, os sistemas de saúde e a prestação de cuidados de saúde em situações de desastre são bem-sucedidos apenas quando os enfermeiros têm as competências ou habilidades fundamentais para responder rapidamente e de forma eficaz (International Council of Nurses, 2019).

Tendo em conta o referido anteriormente torna-se importante como futuros EEMC – PSC desenvolver competências nesta área. Nesse sentido e tendo em conta o projeto de estágio elaborado por nós procurámos conhecer o plano de resposta a situações de emergência e evacuação do serviço. É importante referir aqui que a instituição onde desenvolvemos o estágio se encontra em obras, tendo havido necessidade de atualizar o plano de emergência interna, no sentido de contornar os constrangimentos que possam advir deste processo de obras, nomeadamente, locais de passagem cortados. Assim, o plano de emergência interna encontra-se disponível na *Intranet* para fácil acesso por todos os colaboradores da instituição. Nele, constam os planos de evacuação de cada serviço, integrado num plano de emergência geral. Estão também definidos os locais de risco, os riscos potenciais, a hierarquia na emergência, a constituição da equipa de segurança, os critérios para ativação (6 níveis de ação) do plano de emergência interna, os circuitos de evacuação, as estruturas de apoio, os procedimentos de evacuação, as prioridades na evacuação da zona sinistrada e a ordem de saída. De forma complementar, no mesmo local da intranet existe informação disponível sobre como utilizar um extintor e os comportamentos a utilizar perante o fogo.

No que concerne à UCI, o plano de emergência embora se encontre disponível também para acesso na *intranet*, este encontra-se afixado em local próprio para fácil consulta dos circuitos de evacuação do serviço.

A análise do plano de emergência interna, foi feita numa primeira instância com o enfermeiro responsável do serviço e com o enfermeiro orientador, tendo sido posteriormente contactado o enfermeiro gestor de risco da instituição para esclarecer algumas dúvidas que surgiram. Com esta análise percebemos que o plano inclui uma análise dos riscos específicos associados a este edifício e à sua tipologia, identificando as potenciais fontes de perigo e vulnerabilidades e a partir

daí foram desenvolvidos protocolos e procedimentos de resposta para cada tipo de emergência possível. Da mesma forma, o plano designa claramente as responsabilidades de cada membro da equipa em caso de emergência, incluindo líderes de equipa, coordenadores de evacuação e canais de comunicação. Por fim, o plano de emergência não é estático, mas sim um documento dinâmico adaptando-se à medida que as circunstâncias mudam, como foi o caso das obras nas infraestruturas desta instituição.

Consideramos também importante para a aquisição desta competência os conteúdos programáticos lecionados na UC EMC 3, onde tivemos oportunidade de abordar as características de um plano de emergência e catástrofe ideal.

Apesar de não termos vivenciado pessoalmente nenhum evento de emergência, catástrofe ou situação de exceção durante o estágio, acreditamos ter desenvolvido a competência em análise. Isso foi alcançado por meio de uma pesquisa detalhada sobre o tema, além da análise e reflexão sobre o plano de emergência interna. Durante esse processo, compreendemos o papel do EEEMC-PSC no cuidado das pessoas em situações de emergência, exceção e catástrofe.

c) 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 adequadas

A OMS define Infeções Associadas a Cuidados de Saúde [IACS] como uma infeção adquirida por uma pessoa durante o processo de cuidado num hospital ou outra instituição de saúde, que não estava presente ou em incubação no momento da admissão, sendo que as IACS também podem ocorrer após a alta. Estas também são adquiridas por profissionais de saúde durante a prestação de cuidados de saúde e por visitantes. Estas infeções representam um dos eventos adversos mais comuns na prestação de cuidados de saúde. Estas infeções, frequentemente causadas por organismos resistentes a múltiplos antibióticos, causam danos a pessoas doentes, visitantes e profissionais de saúde, além de impor um peso considerável aos sistemas de saúde, aumentando inclusivamente os custos associados aos cuidados de saúde (WHO, 2022).

A prevenção e controlo de infeção representa uma disciplina prática voltada para a prevenção de infeções adquiridas em ambientes de cuidados de saúde. Para além de uma prática de saúde pública, o controlo de infeção é um processo vital em todas as organizações de saúde. Ele aborda os elementos relacionados à disseminação de infeções entre pessoas doentes, entre profissionais de saúde e entre pessoas doentes e profissionais de saúde. Isso engloba medidas preventivas, como higienização das mãos, limpeza, desinfecção, esterilização e imunização. Outros aspetos envolvem a monitorização e gestão de surtos de infeção, bem como

a investigação de suas causas. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem um papel preponderante nesta área traduzido exatamente por esta competência específica (Dar, 2021).

Tendo em conta o referido no parágrafo anterior, é imperativo que o EEEMC, dentro do seu escopo de competências, se envolva nos grupos de trabalho estabelecidos pelo Ministério da Saúde através do Despacho n.º 2902/2013, no contexto do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). O objetivo é reduzir as IACS e o uso de antimicrobianos, aprimorando as práticas de prevenção e controlo de infeções nas unidades de saúde (DGS, 2018). Para tal, o EEEMC-PSC deve promover a participação em programas de vigilância epidemiológica, colaborar na implementação e monitorização do cumprimento das normas e recomendações de boas práticas, organizar e oferecer formação a profissionais de saúde, pessoas doentes e familiares, e fornecer consultoria e apoio conforme necessário nesse contexto.

Tendo em conta esta problemática, foi elaborado um jornal de aprendizagem subordinado ao tema “Infeções por organismos multirresistentes” (Tabela 1), onde procuramos aprofundar o conhecimento desta temática, procurando basear as práticas dos cuidados na mais recente evidência e de acordo com os princípios de prevenção e controlo de infeção. De forma complementar foi também conduzida uma entrevista não estruturada com o elemento de ligação do GL-PPCIRA de forma a tomarmos conhecimento dos protocolos em vigor no serviço e integrá-los posteriormente na prestação de cuidados, nomeadamente das normas de procedimento e feixes de intervenção, que vão de encontro com as *Bundles* definidas pela DGS, prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central; prevenção da pneumonia associada à intubação; prevenção da infeção do local cirúrgico e prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, sendo estes monitorizados através de auditorias pelos elos de ligação do serviço, tanto presencialmente através da observação direta como através dos registos de enfermagem.

Durante o estágio final, a utilização das PBCI foram essenciais na prática clínica diária e aplicaram-se nos cuidados prestados a todas as pessoas, envolvendo a avaliação de risco dos envolvidos, a natureza da interação e o risco de exposição a sangue e outros fluidos corporais. Para além disto, as precauções baseadas na via de transmissão foram também aplicadas consoante as necessidades das pessoas, seja o isolamento de contato, o isolamento de gotículas, o isolamento de partículas ou o isolamento de proteção. Sempre que foi necessária a aplicação destas medidas procuramos minimizar ao mínimo os efeitos adversos do isolamento.

Cumprimos ainda com as orientações do GLPPCIRA, nomeadamente no rastreio de algumas doenças através da realização de zaragatoas para pesquisa de organismos

multirresistentes ou de vírus de fácil propagação (Gripe A+B, Sincial Respiratório e SARS COV 2).

Durante a prestação de cuidados houve também espaço para reflexão em conjunto com o enfermeiro orientador, sobre possíveis situações de risco, comportamentos e intervenções da equipa multidisciplinar no âmbito da prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos.

Tendo em conta que o EEEMC-PSC tem como responsabilidade a conceção de planos de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos de forma a responder às necessidades da pessoa em situação crítica ou falência orgânica, consideramos importante incluir para a aquisição e desenvolvimento desta competência os conhecimentos adquiridos na UC Médico Cirurgica 5, na qual elaboramos um plano de prevenção e controlo de infeção associada ao cateter vesical. Este contexto formativo permitiu-nos desenvolver e consolidar conhecimentos que reforçaram a qualidade da nossa prestação de cuidados.

No decorrer do Estágio Final tivemos oportunidade de frequentar uma formação em serviço subordinada ao tema “Fundamentos de Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados de Saúde” (Anexo VIII) com uma duração total de 12h. Esta formação proporcionou uma base de conhecimentos essenciais para compreender e aplicar práticas eficazes de prevenção e controlo de infeção em ambiente hospitalar, permitindo-nos atualizar o nosso conhecimento com a mais recente evidência nesta área.

Considerando os vários contributos das UCs, todas as atividades desenvolvidas, e a reflexão realizada ao longo deste capítulo, consideramos que foram adquiridas todas as competências específicas e comuns do EEEMC-PSC, tal como as competências de Mestre. Assim, concluímos que adquirimos a sétima competência de Mestre: **Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Universidade de Évora, 2015).**

CONCLUSÃO

A elaboração do Relatório de Estágio é o culminar de um percurso na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e de competências no âmbito da especialização em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica. Através dele é feita a correlação de todo o percurso profissional desenvolvido no âmbito do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A atenção dedicada à garantia da qualidade e excelência nos cuidados de enfermagem a pessoas/famílias em situação crítica representou um significativo desafio tanto em termos pessoais quanto profissionais, deixando uma marca indelével no nosso percurso educacional e no comprometimento demonstrado durante o Estágio Final. Reconhecendo a importância de que o EEEMC-PSC se distingue pela sua excelência e segurança na oferta de cuidados de enfermagem especializados, fundamentámos a nossa prática em conhecimentos científicos baseados na melhor evidência disponível.

A obtenção do título de enfermeiro especialista não se resume apenas à acumulação de conhecimentos teóricos e práticos, mas também à capacidade de integrar esses saberes de forma holística, promovendo uma abordagem abrangente e centrada na pessoa. Durante este percurso, foi evidente o papel crucial do conhecimento científico na fundamentação das práticas de enfermagem, garantindo a segurança, eficácia e qualidade dos cuidados prestados. A valorização do saber científico não se limita apenas à aplicação de protocolos e *guidelines*, mas sim à capacidade de questionar, investigar e adaptar as melhores evidências disponíveis à realidade clínica de cada pessoa e serviço. A constante atualização e o compromisso com a educação contínua são pilares essenciais para o desenvolvimento profissional e para a promoção de cuidados de excelência.

Consideramos que os objetivos a que nos propusemos inicialmente foram atingidos através das atividades realizadas ao longo do estágio, sustentadas em conhecimentos teóricos e científicos. A Teoria da Incerteza na Doença foi importante para compreendermos como os enfermeiros podem auxiliar as pessoas a construir uma compreensão cognitiva da sua experiência e desenvolver estratégias adaptativas para lidar com a situação de doença. Nesse sentido acreditamos que o projeto de intervenção desenvolvido no serviço, “Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem”, foi uma mais valia e veio colmatar uma lacuna no serviço onde decorreu o Estágio Final, trazendo consigo a mais recente evidência na

implementação, administração e vigilância de todo o processo inerente à nutrição entérica, permitindo assim prevenir complicações que tão prejudiciais são para as pessoas em situação crítica e conduzindo desta forma a uma melhoria significativa da qualidade dos cuidados prestados neste serviço.

A Teoria de Sabedoria Clínica Em Cuidados Agudos E Críticos De Patrícia Benner diz-nos que os enfermeiros que prestam cuidados a pessoas/famílias em situação crítica devem possuir uma base de conhecimento clínico substancial, adquirida ao longo de um processo dinâmico de desenvolvimento de competências. Assim conduzimos uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades realizadas e as estratégias desenvolvidas durante o Estágio Final, o que possibilitou destacar a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, assim como as competências de Mestre em Enfermagem.

Em suma, este relatório representa não apenas o fim de um ciclo de formação académica, mas também o início de uma jornada contínua de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, onde as experiências vivenciadas e as lições aprendidas servem como alicerce sólido para uma prática de enfermagem comprometida com a excelência, a humanização do cuidar e o bem-estar das pessoas e suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akcay, K., Suluhan, D., Department of Child Health and Diseases Nursing, Health Sciences University Gulhane Faculty of Nursing, Ankara, Turkey, Kesik, G., Department of Internal Diseases Nursing, Hacettepe University Faculty of Nursing, Ankara, Turkey, Uzunoglu, K., Nutrition Support Unit, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital, Ankara, Turkey, Kartal, E., MH- 1 General Hospital Education Nursing Unit, Ankara State Hospital, Ankara, Turkey, Sahna, A., & Nutrition Support Unit, Ankara State Hospital, Ankara, Turkey. (2020). Nursing Practices in Enteral Nutrition. *Clinical Science of Nutrition*. <https://doi.org/10.5152/ClinSciNutr.2020.984>
- Al-Jalil, T., Gray, G., Rasouli, M., Hoseini-Azizi, T., & Hejazi, S.-S. (2019). Auditing of enteral nutrition nursing care in critical care patients. *Nursing Practice Today*. <https://doi.org/10.18502/npt.v6i1.389>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8 edition). Elsevier.
- Alotni, M., Guilhermino, M., Duff, J., & Sim, J. (2023). Barriers to nurse-led pain management for adult patients in intensive care units: An integrative review. *Australian Critical Care*, 36(5), 855–862. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.09.002>
- Arco, A. R. do, Arco, H. R. do, Lucindo, I. M. L., & Martins, M. O. (2018). *Normas Para Elaboracao Apresentacao Trabalhos Escritos.pdf*.
- ASPEN. (2018). *ASPEN Definition of Terms, Style, and Conventions Used in ASPEN Board of Directors–Approved Documents.pdf*.
https://www.nutritioncare.org/uploadedFiles/Documents/Guidelines_and_Clinical_Resources/ASPEN%20Definition%20of%20Terms,%20Style,%20and%20Conventions%20Used%20in%20ASPEN%20Board%20of%20Directors–Approved%20Documents.pdf

- Astier, A., Carlet, J., Hoppe-Tichy, T., Jacklin, A., Jeanes, A., McManus, S., Pletz, M. W., Seifert, H., & Fitzpatrick, R. (2020). What is the role of technology in improving patient safety? A French, German and UK healthcare professional perspective. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 25(6), 219–224. <https://doi.org/10.1177/2516043520975661>
- Ayhan, D., & Öz, H. (2021). Effect of assertiveness training on the nursing students' assertiveness and self-esteem levels: Application of hybrid education in COVID-19 pandemic. *Nursing Forum*, 56(4), 807–815. <https://doi.org/10.1111/nuf.12610>
- Barazzoni, R., Bischoff, S. C., Breda, J., Wickramasinghe, K., Krznaric, Z., Nitzan, D., Pirlich, M., & Singer, P. (2020). ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clinical Nutrition*, 39(6), 1631–1638. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.022>
- Barrow, J. M., & Sharma, S. (2023). Five Rights of Nursing Delegation. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519519/>
- Benner, Hooper-Kyriakidis, P. L., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed). Springer.
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402. <https://doi.org/10.2307/3462928>
- Benner Patricia, Lourenço Belarmina, & Queirós Ana Albuquerque. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Berger, M. M., Reintam-Blaser, A., Calder, P. C., Casaer, M., Hiesmayr, M. J., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J.-C., Van Zanten, A. R. H., Bischoff, S. C., & Singer, P. (2019). Monitoring nutrition in the ICU. *Clinical Nutrition*, 38(2), 584–593. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.07.009>
- Bienassis, K. de, & Klazinga, N. S. (2022). *Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work* (OECD Health Working Papers 134; OECD Health Working Papers, Vol. 134). <https://doi.org/10.1787/95ae65a3-en>

- Bienassis, K. de, Kristensen, S., Burtscher, M., Brownwood, I., & Klazinga, N. S. (2020). *Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries* (OECD Health Working Papers 119; OECD Health Working Papers, Vol. 119). <https://doi.org/10.1787/6ee1aeae-en>
- Blaser, A. R., Starkopf, J., Alhazzani, W., Berger, M. M., Casaer, M. P., Deane, A. M., Fruhwald, S., Hiesmayr, M., Ichai, C., Jakob, S. M., Loudet, C. I., Malbrain, M. L. N. G., Montejo González, J. C., Paugam-Burtz, C., Poeze, M., Preiser, J.-C., Singer, P., Van Zanten, A. R. H., De Waele, J., ... Oudemans-van Straaten, H. M. (2017). Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 380–398. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4665-0>
- Boeykens, K. (2021). Nutritional Support in the Intensive Care Unit: Implications for Nursing Care From Evidence-Based Guidelines and Supporting Literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 40(1), 14–20. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000448>
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., De Van Der Schueren, M. A. E., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49–64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
- Chang, L.-Y., Yu, H.-H., & Chao, Y.-F. C. (2019). The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *Journal of Nursing Research*, 27(1), e8. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000265>
- Chatterjee, R., & Garg, A. K. (2023). Nutrition Delivery in Critically Ill Patients. Em M. L. N. G. Malbrain, A. Wong, P. Nasa, & S. Ghosh (Eds.), *Rational Use of Intravenous Fluids in Critically Ill Patients* (pp. 275–292). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-42205-8_13
- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves

patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>

- Crevacore, C., Jacob, E., Coventry, L. L., & Duffield, C. (2023). Integrative review: Factors impacting effective delegation practices by registered nurses to assistants in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 885–895. <https://doi.org/10.1111/jan.15430>
- Crossfield, C. L., Russo, P. L., & Bucknall, T. K. (2022a). Enteral nutrition feeding practices by intensive care nurses: A retrospective evaluation. *Nursing in Critical Care*, 27(5), 676–681. <https://doi.org/10.1111/nicc.12609>
- Crossfield, C. L., Russo, P. L., & Bucknall, T. K. (2022b). Enteral nutrition feeding practices by intensive care nurses: A retrospective evaluation. *Nursing in Critical Care*, 27(5), 676–681. <https://doi.org/10.1111/nicc.12609>
- Cruz, A., Gomes, A., & Parreira, P. (2017). Priority nursing foci and interventions for older people in acute care settings. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº15), 73–82. <https://doi.org/10.12707/RIV17048>
- Cypress, B. S. (2016). Understanding Uncertainty Among Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit Using Mishel's Theory of Uncertainty of Illness: *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(1), 42–49. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000152>
- Dar, S. A. (2021). Role of nurses in infection prevention and control in health care setting. *International Journal of Applied Research*, 7(9), 268–270. <https://doi.org/10.22271/allresearch.2021.v7.i9d.8994>
- DGS. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário*. Direção Geral de Saúde.
- Dragoi, L., Munshi, L., & Herridge, M. (2022). Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. *Intensive Care Medicine*, 48(12), 1790–1792. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06848-1>

- EfCCNa. (2019). *EfCCNa Position Statement Nurses Responsibilities on Providing Enteral Nutrition to the Critically Ill Patient*. European federation of Critical Care Nursing associations. https://www.efccna.org/images/stories/publication/2019_PS_Enteral_Nutrition.pdf
- Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 131–135. <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010, março). Metodologia De Projecto: Colectânea Descritiva De Etapas. *Revista Percursos*, 15. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Flores, D., Imperadeiro, I., Correia, P., Veludo, F., Madureira, M., & Sousa, P. (2021). Estratégias facilitadoras na integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica: Uma scoping review. *Cadernos de Saúde*, 83-84 Páginas. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.10274>
- Gcawu, S. N., & Van Rooyen, D. (2022). Clinical teaching practices of nurse educators: An integrative literature review. *Health SA Gesondheid*, 27. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1728>
- Gupta, S., Ramasubban, S., Dixit, S., Mishra, R., Zirpe, K. G., Khilnani, G. C., Khatib, K. I., Dobariya, J., Marwah, V., Jog, D. S. A., Kulkarni, A. P., & Sehgal, I. (2020). ISCCM Guidelines for the Use of Non-invasive Ventilation in Acute Respiratory Failure in Adult ICUs. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(S1), S61–S81. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-G23186>
- Hoyois, A., Ballarin, A., Thomas, J., Lheureux, O., Preiser, J., Coppens, E., Perez-Bogerd, S., Taton, O., Farine, S., Van Ouytsel, P., & Arvanitakis, M. (2021). Nutrition evaluation and management of critically ill patients with COVID-19 during post-intensive care rehabilitation. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 45(6), 1153–1163. <https://doi.org/10.1002/jpen.2101>
- ICN. (2010). *Scope of nursing practice and decision-making framework: Toolkit*. International Council of Nurses.

- International Council of Nurses. (2019). *CORE COMPETENCIES IN DISASTER NURSING VERSION 2.0*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Jiao, J., Chen, Y., Yang, L., Li, W., Zhou, Z., Li, L., Xiao, Y., Zhao, J., Li, L., & Xia, Y. (2022). Nursing Practice Based on Evidence-Based Concepts to Prevent Enteral Nutrition Complications for Critically Ill Neurosurgical Patients. *Frontiers in Surgery*, 9, 857877. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.857877>
- Kim, H., & Chang, S. J. (2019). Implementing an educational program to improve critical care nurses' enteral nutritional support. *Australian Critical Care*, 32(3), 218–222. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.04.001>
- Koontalay, A., Sangsaikaew, A., & Khamrassame, A. (2020). Effect of a Clinical Nursing Practice Guideline of Enteral Nutrition Care on the Duration of Mechanical Ventilator for Critically Ill Patients. *Asian Nursing Research*, 14(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.12.001>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Lai, C.-C., Tseng, K.-L., Ho, C.-H., Chiang, S.-R., Chen, C.-M., Chan, K.-S., Chao, C.-M., Hsing, S.-C., & Cheng, K.-C. (2019). Prognosis of patients with acute respiratory failure and prolonged intensive care unit stay. *Journal of Thoracic Disease*, 11(5), 2051–2057. <https://doi.org/10.21037/jtd.2019.04.84>
- Lalova, V., Petrova, G., & Merdzanova, E. (2019). Positive aspects of using protocols in intensive care units in all university hospitals in plovdiv, Bulgaria. *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)*, 25(4), 2838–2842. <https://doi.org/10.5272/jimab.2019254.2838>
- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., & Barbosa, C. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

- Lera, M., Tachtsoglou, K., Frantzana, A., & Kourkouta, L. (2020). Nurses' Attitudes Toward Lifelong Learning via New Technologies. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 5(2), 89–102. <https://doi.org/10.31372/20200502.1088>
- Looijaard, W. G. P. M., Dekker, I. M., Beishuizen, A., Girbes, A. R. J., Oudemans-van Straaten, H. M., & Weijs, P. J. M. (2020). Early high protein intake and mortality in critically ill ICU patients with low skeletal muscle area and -density. *Clinical Nutrition*, 39(7), 2192–2201. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.09.007>
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score. *Servir*, N.º 01, 19-30 Páginas. <https://doi.org/10.48492/SERVIR0201.23763>
- 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., the Society of Critical Care Medicine, & the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (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>
- Mezidi, M., & Guérin, C. (2018). Effects of patient positioning on respiratory mechanics in mechanically ventilated ICU patients. *Annals of Translational Medicine*, 6(19), 384–384. <https://doi.org/10.21037/atm.2018.05.50>
- Michetti, C. P., Newcomb, A. B., & Liu, C. (2021). Protocol Use in Surgical Intensive Care Units. *Journal of Surgical Research*, 264, 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.02.006>
- Ministério da Saúde. (2015, maio 27). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República: II série no102*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256–262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem—Teoria e Prática* (1ª Edição). Lidel.
- Nordness, M. F., Hayhurst, C. J., & Pandharipande, P. (2021). Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *Journal of Pain Research*, Volume 14, 1733–1744. <https://doi.org/10.2147/JPR.S256406>
- Nyhagen, R., Egerod, I., Rustøen, T., Lerdal, A., & Kirkevold, M. (2023). Unidentified communication challenges in the intensive care unit: A qualitative study using multiple triangulations. *Australian Critical Care*, 36(2), 215–222. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.01.006>
- Oliveira, A. C. D., Garcia, P. C., & Nogueira, L. D. S. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: A systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 683–694. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>
- Oliveira, T., Jesus, C., & Pinho, D. (2022). Reflexão sobre a teoria da incerteza na doença no alcance do paciente cirúrgico com câncer / Reflection on the theory of uncertainty in disease in the reach of the surgical patient with cancer. *Brazilian Journal of Development*, 8(2), 14545–14552. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-399>
- OMS. (2019). *Health emergency and disaster risk management framework*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/326106>
- OMS. (2020a). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- OMS. (2020b, julho 20). *Fact sheet: Quality health services*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem—Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Parecer nº 136 / 2007*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros-agosto 2015).
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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 - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018—Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro*. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Padilla, P. F., Martínez, G., Vernooij, R. W., Urrútia, G., Roqué I Figuls, M., & Bonfill Cosp, X. (2019). Early enteral nutrition (within 48 hours) versus delayed enteral nutrition (after 48 hours) with or without supplemental parenteral nutrition in critically ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012340.pub2>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Preiser, J.-C., Arabi, Y. M., Berger, M. M., Casaer, M., McClave, S., Montejo-González, J. C., Peake, S., Reintam Blaser, A., Van Den Berghe, G., Van Zanten, A., Wernerman, J., & Wischmeyer, P. (2021). A guide to enteral nutrition in intensive care units: 10 expert tips for the daily practice. *Critical Care*, 25(1), 424. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03847-4>

- Puthucheary, Z. A., Rawal, J., McPhail, M., Connolly, B., Ratnayake, G., Chan, P., Hopkinson, N. S., Padhke, R., Dew, T., Sidhu, P. S., Velloso, C., Seymour, J., Agley, C. C., Selby, A., Limb, M., Edwards, L. M., Smith, K., Rowlerson, A., Rennie, M. J., ... Montgomery, H. E. (2013). Acute Skeletal Muscle Wasting in Critical Illness. *JAMA*, 310(15), 1591. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.278481>
- Rapsang, A., & Shyam, D. C. (2014). Scoring systems in the intensive care unit: A compendium. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 18(4), 220–228. <https://doi.org/10.4103/0972-5229.130573>
- Reis, D., & Rabiais, I. (2020). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: Estratégias de gestão da incerteza. *Cadernos de Saúde*, 12, 109-110 Páginas. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.10287>
- Romare, C., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., & Skär, L. (2022). Burden of care related to monitoring patient vital signs during intensive care; a descriptive retrospective database study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 71, 103213. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103213>
- Ross, P., Howard, B., Ilic, D., Watterson, J., & Hodgson, C. L. (2023). Nursing workload and patient-focused outcomes in intensive care: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, nhs.13052. <https://doi.org/10.1111/nhs.13052>
- Salvador, P. T. C. D. O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. D., Lopes, R. H., Oliveira, L. V. E., & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: Reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 6. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>
- Santos, A. M., Oter-Quintana, C., Olmos, R., Pedraz-Marcos, A., & Robledo-Martin, J. (2023). A mixed methods study using case studies prepared by nursing students as a clinical practice evaluation tool. *Nursing Open*, 10(9), 6592–6601. <https://doi.org/10.1002/nop2.1919>

- Santos, A. S., Morais, D., Ferreira, G., Coelho, J. D., & Garcia, L. M. (2022). *A Influência dos estilos de liderança em Enfermagem na dinâmica da equipa: Uma revisão sistemática*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.6467213>
- Santos, M., Bitencourt, J. V. D. O. V., Da Silva, T. G., Frizon, G., & Quinto, A. S. (2018). Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. *Enfermagem em Foco*, 8(4). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n4.1032>
- Shetty, R. M., Bellini, A., Wijayatilake, D. S., Hamilton, M. A., Jain, R., Karanth, S., & Namachivayam, A. (2018). BIS monitoring versus clinical assessment for sedation in mechanically ventilated adults in the intensive care unit and its impact on clinical outcomes and resource utilization. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011240.pub2>
- Silva, J., & Sousa, P. (2019). A incerteza na pessoa em situação crítica: contributos para um cuidar holístico e humanizado. *SERVIR*, 60(1–2), 59–65.
- Silva, M., Moreira, D., Meira, C., Souza, G., & Bomfim, A. (2022). Manejo de enfermagem para paciente hemodialítico na Unidade de Terapia Intensiva: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(9), e33611931849. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31849>
- 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., Mayer, K., Montejo-Gonzalez, J. C., Pichard, C., Preiser, J.-C., Szczeklik, W., Van Zanten, A. R. H., & Bischoff, S. C. (2023). ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 42(9), 1671–1689. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.07.011>

- Slawomirski, L., & Klazinga, N. (2022). *The economics of patient safety: From analysis to action* (OECD Health Working Papers 145; OECD Health Working Papers, Vol. 145). <https://doi.org/10.1787/761f2da8-en>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Sousa-21/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA/links/5b20dc04a6fdcc69745d4eb8/MODELOS-DE-FORMULACAO-DA-QUESTAO-DE-INVESTIGACAO-NA-PRATICA-BASEADA-NA-EVIDENCIA.pdf
- Stewart, M. L. (2014). Interruptions in Enteral Nutrition Delivery in Critically Ill Patients and Recommendations for Clinical Practice. *Critical Care Nurse*, 34(4), 14–22. <https://doi.org/10.4037/ccn2014243>
- Teixeira, G., Gaspar, F., Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR), Nursing School of Lisbon, Portugal, Lucas, P., & Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR), Nursing School of Lisbon, Portugal. (2022). *Nurse manager's role in promoting culturally competent work environments in nursing: An integrative review* (1ª, Vol. 13). Ludomedia. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e664>
- Teixeira, J., & Silva, M. (2023). Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica: Uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1056–1072. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-082>
- Tschannen, D., Alexander, C., Taylor, S., Tovar, E. G., Ghosh, B., Zellefrow, C., & Milner, K. A. (2021). Quality improvement engagement and competence: A comparison between frontline nurses and nurse leaders. *Nursing Outlook*, 69(5), 836–847. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.02.008>

- Universidade de Évora. (2015). *Apresentação do pedido corrigido—Novo Ciclo de Estudos*. https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf
- Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., De Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Vieira, F. E. L. (2022). *Estilos de liderança na prática profissional da enfermagem leadership styles in professional nursing practice*.
- Weijs, P. J. M., Mogensen, K. M., Rawn, J. D., & Christopher, K. B. (2019). Protein Intake, Nutritional Status and Outcomes in ICU Survivors: A Single Center Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1), 43. <https://doi.org/10.3390/jcm8010043>
- WHO. (2022). *Global report on infection prevention and control*.
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2020). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>
- Yusefi, A. R., Sarvestani, S. R., Kavosi, Z., Bahmaei, J., Mehrizi, M. M., & Mehralian, G. (2022). Patients' perceptions of the quality of nursing services. *BMC Nursing*, 21(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00906-1>

APÊNDICES

APÊNDICE I – RESUMO SCOPING REVIEW

RESUMO

Objetivo: Mapear os cuidados de enfermagem indicados na administração de alimentação entérica na pessoa em situação crítica na UCI.

Introdução: A doença crítica é um estado de catabolismo com resposta inflamatória sistêmica, aumentando o risco de complicações, infecções, disfunção de órgãos, hospitalização prolongada e mortalidade. Em pessoas com disfunção de múltiplos órgãos, a perda muscular é rápida, associada à desnutrição, impactando a morbidade aquando da alta da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Existe um reconhecimento crescente da importância da nutrição na UCI, onde a nutrição entérica (NE) é preferível, reduzindo complicações infecciosas comparada à nutrição parentérica. Diretrizes recentes procuram padronizar a NE, minimizando complicações gastrointestinais, aqui os enfermeiros desempenham papel crucial, garantindo suporte nutricional adequado para facilitar a recuperação da pessoa em situação crítica.

Crítérios de inclusão: Os critérios de inclusão foram definidos pela mnemónica PCC, a população: pessoa em situação crítica com necessidade de NE; o contexto: Unidade de Cuidados Intensivos e o conceito: cuidados de enfermagem.

Metodologia: Foi realizada uma Scoping Review com base na metodologia do Instituto Joanna Briggs. Procedemos a uma pesquisa na base de dados "EBSCOhost", utilizando os descritores MesH intensive care units, nursing, critical illness e enteral nutrition, como resultado desta pesquisa foram obtidos 219 artigos, foi delimitada a data da pesquisa de 01/01/2019 a 27/10/2023, obtendo-se um total de 79 artigos. Estes foram filtrados de forma a obter os que tivessem o texto completo disponível, obtendo-se um total de 69 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados um total de 4 artigos. De forma a enriquecer o trabalho foram incluídos mais 5 artigos, de outro tipo de pesquisa, sendo que dois deles consistem nas guidelines emanadas pela The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism.

Resultados: Após uma leitura atenta dos estudos foram apresentados os dados numa tabela onde se procurou identificar as intervenções de enfermagem associadas aos diferentes momentos da administração da nutrição entérica, nomeadamente no início e manutenção, na vigilância e monitorização dos sinais de intolerância gastrointestinal, na prevenção do risco de aspiração e na monitorização de glicémia.

Conclusões: A integração de práticas de enfermagem baseadas em evidências, aliada a uma abordagem personalizada e vigilante, é essencial para otimizar a qualidade dos cuidados prestados e melhorar os resultados para as pessoas. A constante atualização e aprimoramento dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros nessa área são fundamentais para enfrentar os desafios clínicos complexos associados à administração de NE em contextos de cuidados intensivos.

Descritores: Intensive Care Units, Nursing, Critical Illness e Enteral Nutrition.

APÊNDICE II – ESTUDO DE CASO



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização: ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

Docente Responsável pela Unidade Curricular:

Prof. Dra. Maria Dulce Santiago

Docente Orientadora:

Prof. Dra. Alice Ruivo

ESTUDO DE CASO

A PESSOA POLITRAUMATIZADA NA UCI

Estudante:
Luís Malheiro – 7591

Janeiro 2024

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Médico Cirúrgica: Pessoa em Situação
Crítica
Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

Docente responsável da Unidade Curricular:
Prof. Dra. Maria Dulce Santiago
Docente Orientadora
Prof. Dra. Maria Alice Ruivo

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

Estudante:
Luís Malheiro – 7591

Janeiro 2024

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

“Os enfermeiros têm a honra e a competência de participar de perto nos processos de cura humana de indivíduos, famílias, comunidades e outros sistemas de cuidados.”

Pamela G. Reed

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

SIGLAS

AIS – Abbreviated Injury Scale
ANA – American Nurses Association
APA – American Psychological Association
BE – Base Excess
ECG – Electrocardiograma
EMCPSC – Enfermagem Médico Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica
INR – International Normalized Ratio
LCR – Líquido Cefalo Raquidiano
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAM – Pressão Arterial Média
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PBE – Prática Baseada na Evidência
PE – Processo de Enfermagem
PIC – Pressão Intracraniana
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TCE – Trauma Craneo Encefálico
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

ÍNDICE

Introdução.....	6
1. Caso Clínico.....	8
2. Enquadramento Teórico.....	10
2.1. Fisiopatologia do trauma.....	11
2.2. Trauma craneo encefálico	11
2.3. Trauma cervical.....	12
2.4. Trauma torácico	16
2.5. Trauma abdominal.....	19
3. Processo de Enfermagem	23
4. Considerações Finais	36
Bibliografia.....	38

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio final do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica [EMCPSC] foi-nos proposta a realização de um trabalho de análise de um caso clínico relacionado com um processo complexo de pessoa com doença crítica e/ou falência orgânica, sendo o nosso tema, a pessoa politraumatizada na Unidade de Cuidados Intensivos [UCI].

Será então desenvolvido um estudo de caso, que em enfermagem se denomina estudo de caso clínico. Este é uma fonte valiosa de conhecimento que contribui para aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Este tipo de estudo descreve problemas específicos de enfermagem e como são abordados ou resolvidos com propósitos educacionais e/ou científicos. Desta forma, reforça-se a importância dos enfermeiros na promoção da saúde das pessoas (Néné & Sequeira, 2022).

Os estudos de caso clínicos frequentemente representam a primeira fonte de informação sobre a situação analisada, uma vez que devem apresentar cenários que permitam a identificação precoce de eventos relevantes, como casos inéditos, eventos sentinela e situações de erro que possam alertar em circunstâncias semelhantes. Além disso, buscam criar ou estabelecer novas abordagens de tratamento que visem reduzir a morbilidade ou mortalidade e/ou melhorar a qualidade de vida das pessoas alvo dos cuidados (Néné & Sequeira, 2022).

Este estudo irá ser baseado num modelo teórico de enfermagem, sendo o modelo escolhido por nós, o Modelo da Sinergia. Este modelo conceitual relaciona as necessidades dos doentes com as competências dos enfermeiros, sugerindo que as necessidades e/ou características dos doentes e familiares influenciam e conduzem a características ou competências dos enfermeiros necessárias para lhes prestar cuidados (Maymone, 2016).

O politrauma continua a ser uma preocupação de saúde global e foi identificado como uma questão chave nos futuros cuidados de saúde pela Organização Mundial da Saúde [OMS]. Apesar dos avanços nos algoritmos de diagnóstico e tratamento, o trauma continua a ser uma das principais causas de mortalidade e incapacidade em todo o mundo. É uma causa proeminente de mortalidade em jovens adultos devido ao aumento de acidentes de trânsito. No entanto, com as mudanças demográficas e uma

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

população mais idosa, as pessoas idosas envolvidas em politraumatismos são cada vez mais. Os custos de cuidados de saúde gastos em situações agudas e os ambientes de emergência são estatisticamente comprovados como sendo significativamente maiores em politrauma (Iyengar et al., 2023).

Como instrumento para a realização deste trabalho iremos utilizar o Processo de Enfermagem que é uma ferramenta que sistematiza e organiza em fases os cuidados de enfermagem. A American Nurses Association [ANA] desenvolveu normas que estabelecem o enquadramento necessário para o pensamento crítico na aplicação do processo de enfermagem de modo a organizá-lo e estratificá-lo, desta forma dividiu em cinco etapas: colheita de dados, diagnóstico de enfermagem, planeamento de intervenções, implementação das intervenções e avaliação dos resultados (Stockert et al., 2017).

Na elaboração deste trabalho de análise de um caso clínico sobre a pessoa politraumatizada na UCI, temos como objetivo geral dar resposta à aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica pessoa em situação crítica e como objetivos específicos compreender a complexidade do processo saúde-doença da pessoa politraumatizada, desenvolver o raciocínio clínico na aplicação do Processo de Enfermagem à pessoa politraumatizada e gerir prioridades de intervenção à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica politraumatizada.

Este trabalho está organizado em 4 partes. No desenvolvimento do trabalho apresentaremos o caso em estudo, com o seu histórico de saúde e a sua avaliação inicial. De modo a contextualizar a temática do caso em estudo, no enquadramento teórico iremos fazer uma revisão bibliográfica sobre politrauma. No processo de enfermagem serão definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários e de alta sensibilidade segundo a linguagem classificada e a elaboração de um plano de cuidados onde serão estabelecidos diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem.

Por último segue-se a conclusão onde será feita a síntese das aprendizagens em relação ao nosso caso clínico, a análise dos objetivos e de que forma este trabalho contribui para o nosso enriquecimento pessoal e profissional.

Todo este trabalho está de acordo com as normas da American Psychological Association [APA] Sétima edição e segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português.

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

1. CASO CLÍNICO

Pessoa de 56 anos do sexo masculino sem antecedentes pessoais conhecidos, vítima de acidente de viação. Na admissão na UCI com os seguintes diagnósticos:

- TCE com Hemorragia Subdural e fratura do rochedo;
- Traumatismo cervical;
- Traumatismo torácico com pneumotórax bilateral;
- Traumatismo abdominal com hemoperitонеu, com evidência de lesão esplénica e renal esquerda.

É trazido do Bloco Operatório após esplenectomia, nefrectomia esquerda e packing da goiteira parietocólica esquerda, procedimento sob elevada instabilidade hemodinâmica. Na primeira avaliação à entrada na UCI:

A – Via aérea segura por EOT com TOT 7,5 ao nível 22;

B – Conectado a VMI em VCV com FiO₂ de 35%, Vt 500mL, PEEP 5, FR 16, Pressão Plateau 29 mmHg, bem adaptado e bem oxigenado. SpO₂ 96%.

C – Monitorizado em DII, ritmo cardíaco compatível com taquicardia sinusal. Linha arterial na radial direita oscilante, funcionante e permeável, hipotenso com indicação de titulação de aminas (noradrenalina e adrenalina) para Pressão Arterial Média de 55-60 mmHg. Sem hemorragias ativas visíveis. Pele fria e com sinais de má perfusão periférica, tempo de preenchimento capilar >2s. Cateter venoso central na subclávia direita com perfusões em curso e mais dois acessos venosos periféricos com soroterapia em perfusão.

D – Sedado e analgesiado com midazolam e fentanil em perfusão contínua para RASS -5

E – Hipotérmico. SOG em drenagem passiva com líquido de retorno aquoso. Com colar cervical colocado. Drenagem torácica bilateral funcionantes de líquido sero hemático. Algaliado com urina de retorno hemática. Pás multifunções aplicadas no tórax.

É então transferido para a sua unidade definitiva, trocada monitorização, ventilação e perfusões para dispositivos definitivos.

Faz gasometria arterial para ajuste terapêutico e ventilatório.

A família encontrava-se no exterior do serviço a aguardar notícias do seu familiar, após admissão da pessoa e estabilização da mesma foram informados do estado crítico

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

deste bem como do prognóstico reservado.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As mortes resultantes de traumatismos constituem globalmente a principal causa de óbito na população economicamente ativa. Aproximadamente seis milhões de vidas são perdidas anualmente devido a doença traumática, ultrapassando a soma de todas as doenças contagiosas combinadas, como VIH/SIDA, tuberculose, malária e COVID-19. Cerca de 40 milhões de pessoas sofrem lesões permanentes a cada ano, enquanto até 100 milhões enfrentam ferimentos temporários. Em termos comparativos, esses números equiparam-se à perda de toda a população da ilha da Irlanda, com todas as pessoas na Rússia sofrendo ferimentos a cada ano (Rossiter, 2022).

Em Portugal a realidade não é diferente do resto do mundo, sendo que só no ano de 2022 houve um total de 32788 acidentes de viação, que provocaram 3,3 feridos ou mortos por cada 1000 habitantes (PORDATA, 2023).

Cada óbito implica um número significativamente maior de hospitalizações, idas ao serviço de urgência e consultas médicas. Apesar dos avanços consideráveis na prevenção primária, secundária e terciária, como legislação, a implementação da tomografia computadorizada (TC) e o desenvolvimento do suporte avançado de vida no trauma (ATLS), estes dados indicam que persistem muitas vítimas de traumatismos. É evidente a necessidade de medidas preventivas adicionais, bem como de opções diagnósticas e terapêuticas aprimoradas, para efetivamente reduzir estas estatísticas (Breugel et al., 2020).

Para além das mortes e lesões permanentes existe ainda o problema financeiro, é estimado que as lesões traumáticas tenham um custo de 3% do PIB global (Rossiter, 2022).

Embora não exista um consenso, nos últimos anos, tem havido uma significativa colaboração internacional dedicada à definição padronizada e reprodutível do politrauma (Balogh, 2022).

De forma qualitativa, politrauma refere-se a lesões graves que afetam múltiplas regiões do corpo, associadas a comprometimento fisiológico e resposta inflamatória. Este conjunto de condições pode conduzir à disfunção e falência de órgãos não diretamente afetados, aumentando substancialmente o risco de complicações e mortalidade (Balogh, 2022).

Já a nova Definição de Berlim define politrauma da seguinte forma: uma pessoa com Abbreviated Injury Scale [AIS] ≥ 3 para duas ou mais regiões corporais diferentes

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

com uma ou mais variáveis adicionais dos cinco parâmetros fisiológicos, incluindo pressão arterial sistólica [PAS] ≤ 90 mmHg, pontuação da escala coma Glasgow [ECG] ≤ 8 , acidose (base excess) [BE] $\leq 6,0$, coagulopatia (International Normalized Ratio) [INR] $\geq 1,4$ ou tempo de tromboplastina parcial ≥ 40 s e idade ≥ 70 anos (Rau et al., 2017).

2.1. FISIOPATOLOGIA DO TRAUMA

Os efeitos do trauma grave estão associados à perda rápida de sangue e consequente hipoperfusão, lesões de tecidos moles e lesões que ativam o sistema imunológico, coagulação que provoca uma resposta inflamatória e perda de proteção do tegumento, especialmente se houver feridas abertas (Pape et al., 2022).

Com base no tipo de lesão ocorrida, diversos mecanismos de defesa a nível celular e humoral são desencadeados, podendo resultar em modificações específicas nas cascatas inflamatórias. É importante realçar a relevância do trauma inicial nas mudanças inflamatórias sistêmicas, as quais podem influenciar reações cruciais para complicações subsequentes (Pape et al., 2022).

Mudanças secundárias têm impacto nas respostas dos neutrófilos e de outras células imunologicamente ativas, desempenhando um papel crucial na determinação de complicações adicionais. Embora alguns elementos possam ser previamente determinados, como condições de saúde subjacentes, comorbidades ou perfil genético, muitos podem ser influenciados pelas intervenções médicas, tais como o controlo imediato da hemorragia, a rápida reversão do estado de choque e a restauração da homeostase da coagulação (Pape et al., 2022).

2.2. TRAUMA CRANEO ENCEFÁLICO

O traumatismo cranioencefálico [TCE] pode ser definido como a interrupção da função cerebral, ou outra evidência de patologia cerebral, causada por uma força física externa (Khellaf et al., 2019).

A incidência anual de TCE é estimada em 50 milhões de casos em todo o mundo; assim, aproximadamente metade da população global terá um episódio de TCE ao longo sua vida (Khellaf et al., 2019).

As duas principais causas de TCE em geral são quedas e acidentes com veículos motorizados. Como resultado de um aumento geral do número de TCE, mas de uma menor taxa de mortes relacionadas, temos uma população crescente de indivíduos que vivem com deficiências significativas diretamente relacionadas ao TCE (Galgano et al.,

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

2017).

A origem do TCE é um processo intrincado, desencadeado por lesões iniciais e subsequentes, resultando em défices neurológicos temporários ou permanentes. A lesão inicial está diretamente ligada à influência externa primária no cérebro. As lesões secundárias podem ocorrer minutos a dias após o impacto inicial e envolvem uma série de eventos moleculares, químicos e inflamatórios que contribuem para danos cerebrais adicionais. Posteriormente às lesões secundárias, surge uma fase de recuperação que inclui reorganização nos níveis molecular, anatómico e funcional. (Su & Lv, 2022).

O volume do compartimento intracraniano é composto por três elementos distintos: parênquima cerebral (83%), líquido cefalorraquidiano [LCR] (11%) e sangue (6%). Cada um destes elementos está interligado num ambiente homeostático dentro do crânio.

No entanto, quando o volume intracraniano ultrapassa a sua composição normal, desencadeiam-se uma série de mecanismos compensatórios. Um aumento no volume intracraniano pode ocorrer no cérebro traumatizado devido a efeitos de massa de hematoma, edema citotóxico e vasogénico, e congestão venosa. Uma vez que o tecido cerebral é incompressível, o tecido cerebral edematoso faz com que inicialmente o LCR se desloque para o compartimento espinal. Eventualmente, o sangue, especialmente dos canais venosos, também é expelido do cérebro. Sem a intervenção adequada, por vezes, mesmo com a intervenção máxima, os mecanismos compensatórios falham, resultando numa compressão cerebral patológica e subsequente morte (Su & Lv, 2022).

A gravidade clínica do TCE tem sido estratificada há muito tempo de acordo com as pontuações da Escala de Coma de Glasgow pós-ressuscitação em: leve (ECG 14–15), moderada (9–13) e grave (3–8) (Khellaf et al., 2019).

As intervenções médicas no TCE passam pela elevação da cabeceira do leito, hiperventilação, profilaxia de convulsões, terapia hiperosmolar, indução de coma, arrefecimento terapêutico e monitorização da pressão intra craniana [PIC] (Galgano et al., 2017).

Por vezes são necessárias intervenções cirúrgicas quando o efeito de massa exercido pelo hematoma epidural ou subdural é muito significativo, nesse caso uma craniotomia descompressiva por estar indicada (Galgano et al., 2017).

2.3. TRAUMA CERVICAL

A coluna cervical é composta por sete vértebras muito especializadas localizadas entre o crânio proximalmente e as vértebras torácicas distalmente, articulando-se na junção craniocervical e com a primeira vértebra torácica, respetivamente. A coluna cervical sustenta a cabeça e os seus movimentos, protege a medula espinal e serve

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

como conduto para o fornecimento vascular ao cérebro através do forame transversário localizado lateralmente nas vértebras C3 a C7 (Okereke et al., 2021).

Devido à instabilidade óssea inerente à coluna cervical, há uma sobrecarga nas estruturas ligamentares para proporcionar estabilidade, tornando este segmento da coluna vertebral mais propenso a lesões. Por exemplo, a coluna cervical subaxial depende de estabilizadores estáticos, como o ligamento longitudinal anterior, o ligamento longitudinal posterior, as cápsulas das articulações facetárias, os discos intervertebrais, os ligamentos interespinhosos e supraspinhosos, para manter a estabilidade ao mesmo tempo que oferece máxima flexibilidade (Okereke et al., 2021).

Globalmente, entre 250.000 e 500.000 pessoas sofrem anualmente uma lesão medular, contribuindo o trauma cervical significativamente para este número (Bennett et al., 2023).

Acidentes com veículos motorizados, quedas de altura, lesões relacionadas com desportos e agressões são as causas mais comuns de trauma cervical na população mais jovem. Já na população idosa, as causas não traumáticas de lesões da coluna cervical que podem ser devidas a fraturas por compressão osteoporótica, doenças degenerativas da coluna ou fraturas por compressão de tumores espinhais são mais prevalentes (Okereke et al., 2021).

As lesões medulares resultam maioritariamente de trauma direto na medula ou de compressão devido a vértebras fraturadas ou massas, como hematomas epidurais ou abscessos. Menos frequentemente, a medula pode ser lesionada devido a compromisso do fluxo sanguíneo, processos inflamatórios, desarranjos metabólicos ou exposição a toxinas (Bennett et al., 2023)

As lesões na medulares resultam de um trauma inicial, conhecido como lesão primária, causado por forças mecânicas. O mecanismo mais comum é o impacto direto, enquanto a compressão persistente geralmente ocorre por fragmentos ósseos em lesões de fratura e luxação. Lesões por hiperextensão resultam frequentemente em impacto menos frequente, geralmente acompanhado por compressão transitória. Um terceiro mecanismo, lesão por distração, envolve o estiramento e rasgamento da medula espinhal no plano axial pela separação de duas vértebras adjacentes. Por último, a lesão por laceramento/transecção ocorre através de fragmentos ósseos afiados, luxações graves e lesões por projéteis (Bennett et al., 2023)

A lesão secundária é uma série de fenómenos biológicos que começam minutos após a lesão primária e continuam por semanas ou meses. A fase aguda da lesão secundária envolve danos vasculares, desequilíbrios iónicos, formação de radicais livres, resposta inflamatória inicial e acumulação de neurotransmissores. A fase subaguda inclui desmielinização de axónios sobreviventes, degeneração de Wallerian,

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

remodelação da matriz e formação da cicatriz glial (Bennett et al., 2023).

A neuroinflamação pode ser benéfica ou prejudicial após a lesão na medula, dependendo do momento e do estado das células imunitárias. Nos primeiros três dias após a lesão, eventos inflamatórios envolvem a recruta de neutrófilos sanguíneos, microglia residente e astrócitos para o local da lesão. Na segunda fase, aproximadamente três dias após a lesão, ocorre a recruta de macrófagos, linfócitos B e T para o local da lesão. Os linfócitos T auxiliares CD4+ tornam-se ativados por células apresentadoras de antígenos e libertam citocinas que estimulam os linfócitos B a sintetizar e libertar anticorpos, exacerbando a neuroinflamação e a destruição subsequente do tecido. A neuroinflamação é mais intensa na fase aguda da lesão na medula (Bennett et al., 2023).

A inflamação contínua pode persistir nas fases subaguda e crónica, até mesmo ao longo da vida da pessoa. A composição e o fenótipo das células inflamatórias alteram-se de acordo com o estágio da inflamação e os sinais existentes no microambiente da lesão. Células T, células B e microglia/macrófagos podem adquirir um fenótipo pró-inflamatório ou um fenótipo pró-regenerativo (Bennett et al., 2023).

A interrupção dos axónios nervosos nas vias da medula espinhal leva à perda de função motora e sensorial abaixo do nível da lesão. Os padrões de incapacidade dependem do nível da lesão e dos tratos da medula afetadas (Bennett et al., 2023).

Os tratos espinotalâmicos correm dentro do aspeto anterior da medula, carregando informações sensoriais de dor e temperatura. Danos a estes tratos levam à perda contralateral de sensação de dor e temperatura. Os tratos corticoespinhais correm nos aspetos laterais da medula espinhal e controlam a função motora. Danos a estes tratos levam a fraqueza ou paralisia ipsilateral. Na coluna cervical, os axónios que conduzem aos membros superiores estão localizados perto do centro da medula espinhal (Bennett et al., 2023).

Em contraste, os axónios que conduzem aos membros inferiores estão localizados na periferia. A coluna dorsal corre no aspeto posterior da medula, carregando informações para sensação tátil, proprioceptiva e vibratória. Danos a estes tratos levam à perda contralateral de sensação tátil, proprioceptiva e vibratória (Bennett et al., 2023).

O objetivo da avaliação inicial de suspeitas de fraturas da coluna cervical é o pronto reconhecimento e identificação da lesão primária e a proteção adequada da coluna cervical para prevenir déficite neurológico subsequente (Beeharry et al., 2021).

Embora as pessoas inconscientes sejam avaliadas principalmente por meio de séries de tomografia axial computadorizada [TAC], a avaliação inicial da pessoa consciente, com suspeita de fratura da coluna cervical, deve ser realizada usando uma sequência de priorização baseada no Advanced Trauma Life Support (protocolos

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

ATLS). O algoritmo ATLS inicia-se com manutenção da via aérea com restrição e estabilização da coluna C utilizando técnica de imobilização tripla com colar rígido, sacos de areia, blocos de cabeça e fita adesiva ancorada no plano duro (Beeharry et al., 2021).

O tratamento das fraturas da coluna cervical é orientado pela gravidade da fratura. A urgência do tratamento depende do comprometimento das vias aéreas, respiratório ou circulatório com risco de vida, juntamente com a presença de lesão e/ou instabilidade neurológica. Assim, a abordagem inicial adequada desempenha um papel crucial na determinação do prognóstico a longo prazo dos pacientes com fratura da coluna cervical (Beeharry et al., 2021).

Pessoas com fratura da coluna cervical necessitam de analgesia precoce e eficaz para controlar a dor no quadro agudo. As diretrizes do NICE defendem o uso de morfina intravenosa como analgésico de primeira linha, sempre que apropriado, ou cetamina se o acesso intravenoso não tiver sido estabelecido. O foco principal, entretanto, continua a ser a estabilização da coluna cervical de acordo com o protocolo ATLS para proteger a medula por tripla imobilização dos movimentos do pescoço com colar rígido, sacos de areia e fita adesiva ancorada no plano. Os colares rígidos devem incorporar o queixo, occipício ou testa e restringem a flexão/extensão em 20-25% (Beeharry et al., 2021).

A aplicação de um colar cervical durante a tomada de decisão não é isenta de complicações, que incluem aumento da pressão do líquido cefalorraquidiano, ulceração da pele, redução do volume corrente e disfagia. Além disso, a imobilização de fraturas instáveis da coluna C com colar cervical rígido pode revelar-se abaixo do ideal, pois há evidências que mostram que tais colares não restringem o deslocamento de lesões cervicais instáveis. Órteses cervicotorácicas, como órteses halotorácicas, podem fornecer mais estabilização, restringindo a flexão e a extensão em 70-80%, a rotação em 60-70% e a flexão lateral em 60% (Beeharry et al., 2021).

As fraturas da coluna cervical podem frequentemente resultar em deslocamento anatómico e instabilidade, que é descrita como a perda da capacidade da coluna sob cargas fisiológicas de manter seu padrão de deslocamento. Um maior grau de instabilidade se traduz em maior probabilidade de incapacidade neurológica secundária a lesão medular. Entende-se por lesão medular como dano à medula causado por um traumatismo, resultando na perda transitória ou permanente da função motora, sensorial e autonómica usual da coluna vertebral. Lesões da coluna cervical têm a maior taxa de mortalidade relatada de todas as lesões da coluna vertebral, muitas vezes como resultado de um aumento na incidência de lesão medular. Intervenções oportunas e pertinentes podem diminuir os resultados adversos, diminuindo a probabilidade de sequelas neurológicas (Beeharry et al., 2021).

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

Pessoas com lesões cervicais estão particularmente em risco de comprometimento cardiorrespiratório. Lesões cervicais altas (C1 a C5) são especialmente propensas à deterioração, o que pode levar à depressão respiratória e retenção de dióxido de carbono como resultado da insuficiência da função diafragmática. O comprometimento respiratório, que pode se desenvolver nos primeiros 5 dias secundário ao edema ascendente, é a principal causa de morte em pacientes com lesão medular. A ação terapêutica de pessoas com comprometimento neurológico deve ter como objetivo manter uma pressão arterial média [PAM] de 85-90 mmHg por até sete dias após a lesão, por meio de reanimação agressiva com fluidos intravenosos ou agentes inotrópicos, se a PAM não for mantida apenas com fluidos. A função de ventilação deve ser apoiada para prevenir hipoxemia. Portanto, não é incomum que pessoas com lesão medular alta sejam tratadas com intubação ou traqueostomia no cenário agudo. Em última análise, essas pessoas são tratadas de forma otimizada na UCI para monitorização contínua (Beeharry et al., 2021).

O tratamento definitivo das fraturas da coluna C é guiado principalmente pelo grau de instabilidade conferido pela lesão. Qualquer lesão traumática da coluna vertebral que perturbe a estabilidade biomecânica da coluna pode potencialmente resultar em lesões neurológicas e musculoesqueléticas que, juntas, impactam o estado funcional da pessoa. O principal objetivo do tratamento definitivo das fraturas da coluna C é minimizar a incapacidade funcional resultante (Beeharry et al., 2021).

2.4. TRAUMA TORÁCICO

O trauma torácico é categorizado pelo mecanismo de lesão em contuso ou penetrante. A causa mais comum de trauma torácico contuso são as colisões de veículos motorizados, que respondem por até 80% das lesões. Outras causas incluem quedas, atropelamentos, atos de violência e ferimentos por explosão. A maior parte dos traumas penetrantes deve-se a tiros e facadas, que juntos respondem por 20% de todos os traumas graves nos Estados Unidos (Edgecombe et al., 2023).

O trauma torácico fechado é mais comum que o trauma penetrante e representa diretamente 20 a 25% das mortes. Entre pessoas que se apresentam após colisões de veículos motorizados, maior morbidade e mortalidade estão associadas a colisões em alta velocidade e à falta de uso do cinto de segurança. Resultados piores também são observados em pessoas com idade avançada e scores de gravidade de lesão mais elevados. Apesar de sua maior incidência, menos de 10% das pessoas que sofrem trauma contuso no tórax necessitam de intervenção cirúrgica, enquanto 15 a 30% das pessoas que sofrem lesões torácicas penetrantes necessitarão de intervenção cirúrgica.

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

Trauma torácico penetrante está associado a maior mortalidade geral. A incidência varia de acordo com a localização geográfica, predominando em áreas urbanas, aquelas propensas à violência interpessoal e áreas de conflito (Edgecombe et al., 2023).

As lesões torácicas são comumente divididas em 2 categorias, penetrantes ou contundentes, sendo que estas últimas incluem traumas diretos, além de lesões resultantes de esmagamento, aceleração, desaceleração e explosão.

Em pessoas vítimas de politraumatismo, é possível que lesões potencialmente letais, sem evidências externas óbvias, passem despercebidas, pois a atenção muitas vezes é direcionada para ferimentos mais visíveis, mesmo que clinicamente menos graves. Traumas penetrantes podem levar a complicações como pneumotórax ou hemotórax, envolvendo perdas significativas de sangue. Em alguns casos, a vítima pode sofrer uma rápida deterioração após trauma torácico, no entanto, uma gestão adequada pode resultar em uma melhoria rápida. Para pessoas com lesões penetrantes, frequentemente é indicada intervenção cirúrgica, sendo menos necessárias medidas diagnósticas se comparadas a traumas contundentes. Vale ressaltar que, em certas situações, a distinção entre trauma torácico contuso e penetrante deve ser baseada em um alto índice de suspeita, visto que lesões penetrantes frequentemente coexistem com danos graves em órgãos sólidos e grandes vasos (Lasek & Jadczyk, 2020).

Uma análise cuidadosa dos padrões e mecanismos das lesões torácicas pode ser útil em algumas situações, sendo que (Lasek & Jadczyk, 2020):

- O trauma torácico penetrante geralmente está relacionado com lacerações do coração, grandes vasos, vasos intercostais, vias aéreas, pulmão, esôfago e diafragma; há também risco de trauma em órgãos adjacentes na cavidade abdominal (baço, fígado) e espaço retroperitoneal (principais vasos, rins);
- Trauma torácico fechado pode causar contusão cardíaca, contusão pulmonar, fraturas de costelas e fratura da coluna torácica;
- A lesão por esmagamento pode causar rotura de brônquios, esôfago, coração, contusão pulmonar e fraturas de costelas com ou sem tórax instável;
- Trauma torácico por desaceleração pode causar rotura aórtica, lesões nas vias aéreas e rotura diafragmática;
- Lesões em que o mecanismo é a explosão pode ocorrer rotura de qualquer órgão e vaso intratorácico.

Independentemente do seu mecanismo e padrão, a principal consequência do trauma torácico é a redução de funções vitais como respiração e circulação, levando à hipóxia, hipovolemia e redução do débito cardíaco. As sequelas desta lesão têm um

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

efeito prejudicial em órgãos além da cavidade torácica, por ex. rins, fígado, cérebro, trato gastrointestinal (Lasek & Jadczyk, 2020).

Ferimentos por faca geralmente estão relacionados à penetração em baixa velocidade e a mortalidade está estritamente relacionada ao órgão lesado (Lasek & Jadczyk, 2020).

Por outro lado, lesões por arma de fogo causam destruição tecidual mais extensa relacionada à energia cinética. As balas são projetadas para que, com o impacto, o projectil se expanda ou se estilhaça, transmitindo toda a sua energia ao tecido. Outras características balísticas da bala podem contribuir para danos nos tecidos, tal como a velocidade do projectil (Lasek & Jadczyk, 2020).

Pessoas com lesões torácicas penetrantes no tronco médio necessitam de abordagem cirúrgica agressiva, especialmente aqueles com feridas anteriores. Se a ferida não penetrar obviamente no abdómen, uma opção é explorá-la sob anestesia local, independentemente de ela ter penetrado ou não na cavidade peritoneal ou no espaço retroperitoneal. Caso tenha ocorrido penetração peritoneal, a laparotomia é obrigatória para encontrar todas as lesões possíveis. Para pessoas estáveis após trauma torácico, as opções incluem outras medidas diagnósticas como toracoscopia e laparoscopia (Lasek & Jadczyk, 2020).

As pessoas após trauma torácico chegam aos hospitais em dois estados fisiológicos: hemodinamicamente instáveis ou hemodinamicamente estáveis. O estado da pessoa determina a abordagem diagnóstica e terapêutica específica. A avaliação inicial de qualquer paciente lesado deve priorizar a avaliação das vias aéreas e a adequação do sistema cardiovascular segundo o algoritmo ABC. Um exame físico rápido determinará se a pessoa está cianótica, taquipneica ou tem outros problemas respiratórios. Na pessoa com lesão penetrante ou contundente na parte superior do tronco que está instável, muito provavelmente ocorre hemorragia na cavidade torácica. É importante inserir um dreno torácico o mais rápido possível (através do 4º ou 5º espaço intercostal) durante a avaliação inicial e reanimação. Drenos torácicos bilaterais podem ser indicados. Uma radiografia de tórax não é necessária para inserir um dreno torácico, mas é útil para confirmar a colocação do dreno torácico (Lasek & Jadczyk, 2020).

Após uma avaliação primária, lesões imediatamente fatais devem ser excluídas ou tratadas, tais como: obstrução das vias aéreas; pneumotórax hipertensivo; pneumotórax aberto; hemotórax maciço; tórax instável e tamponamento cardíaco (Ludwig & Koryllos, 2017).

Já a avaliação secundária permitirá obter informações sobre lesões potencialmente fatais, tais como: contusão pulmonar; contusão miocárdica; rotura aórtica; rotura

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

diafragmática traumática; rotura traqueobrônquica e rotura esofágica (Ludwig & Koryllos, 2017).

2.5. TRAUMA ABDOMINAL

O trauma abdominal é responsável por 7–10% dos internamentos hospitalares devido a trauma. Em pessoas com menos de 45 anos, 10% das mortes relacionadas ao trauma são causadas por trauma abdominal. Acidentes de trânsito, pancadas abdominais e quedas são responsáveis pela maioria das lesões abdominais. Causas menos comuns incluem lesões penetrantes, acidentes domésticos e condições iatrogénicas (Şahin et al., 2023).

O trauma abdominal pode ser classificado como contuso, penetrante ou contuso-penetrante (misto) conforme o seu mecanismo, assim, os órgãos afetados podem variar. Dependendo da localização do trauma, um ou mais órgãos internos podem ser prejudicados (Şahin et al., 2023).

Os traumas abdominais contusos, são principalmente causados por acidentes de veículos, agressões ou quedas de altura. Neste tipo de trauma, os mecanismos de lesão incluem impacto direto (pressão), esmagamento (compressão) ou desaceleração (ruptura). Os órgãos mais frequentemente afetados são o baço, intestino delgado e fígado (Şahin et al., 2023).

Os traumas penetrantes incluem ferimentos por faca e ferimentos por arma de fogo. Nos ferimentos por faca, ferramentas penetrantes causam lesões penetrantes de baixa energia. O mecanismo de lesão é de corte ou rasgão sendo o fígado, intestino delgado, diafragma e cólon os mais comumente afetados. Em caso de penetração peritoneal, são necessários exame físico, lavagem peritoneal diagnóstica e exploração local. Uma laparotomia pode ser necessária se o diagnóstico não puder ser confirmado. Nos ferimentos por arma de fogo, lesões de alta energia ocorrem em traumas penetrantes devido a ferimentos por arma de fogo. O mecanismo de lesão pode ser por cavitação, rotura e fragmentação. O intestino delgado, cólon, fígado e estruturas vasculares são os mais comumente afetados em lesões relacionadas com armas de fogo. A penetração peritoneal é importante e requer laparotomia. A tomografia computadorizada com contraste é recomendada para lesões nas costas e flanco (Şahin et al., 2023).

Os traumas mistos envolvem tanto traumas penetrantes quanto contusos.

A apresentação clínica do trauma abdominal geralmente é insidiosa, sendo que as pessoas podem permanecer sem sintomas até que tenham perdido entre 50% a 60% do seu volume sanguíneo. Este quadro é frequentemente negligenciado em situações que alteram o estado neurológico, como traumatismo craniano e consumo de álcool. Até

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

ocorrer uma perda significativa de sangue intra-abdominal, é possível que não haja dor ou distensão abdominal. Surpreendentemente, mais de 35% das pessoas vítimas de trauma abdominal, inicialmente, apresentam sinais vitais e exames normais, apesar da presença de hemorragia intra-abdominal severa (Şahin et al., 2023).

A primeira avaliação deve direcionar-se para a hemorragia intra-abdominal e o estado de choque. Ao identificar sinais vitais fora do padrão, é essencial investigar a presença de choque e hemorragia. A eventualidade de uma lesão intra-abdominal oculta indica a necessidade de realizar uma laparotomia (Şahin et al., 2023).

O exame detalhado do abdómen é crucial na identificação de sinais de lesão. Condições como traumatismo craniano, lesões medulares, traumatismo múltiplo, alteração de consciência, alteração do estado de consciência, gravidez e avanço da idade podem comprometer a fiabilidade do exame físico. Especialmente em situações tão complexas, exames repetidos e meticolosos são imperativos, a serem realizados a cada 30 minutos nas primeiras quatro horas e, posteriormente, a cada duas a quatro horas (Şahin et al., 2023).

A avaliação física, através de inspeção, auscultação e palpação, deve analisar cuidadosamente os órgãos danificados e a presença de hemorragia. Descobertas de irritação peritoneal têm particular importância. Durante a inspeção, utiliza-se o algoritmo CLAP (contusão, laceração, abrasão e penetração) para explorar possíveis lesões. Na auscultação, é crucial escutar os sons intestinais por pelo menos um minuto, sendo a ausência ou fraqueza desses sons indicativos de rigidez e irritação peritoneal. A palpação inicia-se avaliando a presença de distensão, com base em defesa, rebote e rigidez. O exame prioriza a área menos dolorosa, avançando gradualmente para palpar toda a região abdominal com as pernas trazidas em direção a ela. Exames adicionais incluem avaliação de instabilidade pélvica, exame genital, exame retal e análise das costas e vértebras (Şahin et al., 2023).

No contexto de trauma abdominal, a prioridade é estabilizar a pessoa, adaptando as intervenções conforme necessário. Achados diagnósticos, como hematúria evidente, hipotensão, fraturas nas costelas inferiores, hemotórax ou pneumotórax, abrasões abdominais ou hematomas, fornecem insights sobre possíveis lesões em órgãos. Apesar do exame físico e de imagem, é possível que lesões retroperitoneais, pancreáticas, mesentéricas, em órgãos ocultos e urinárias passem despercebidas (Şahin et al., 2023).

As principais técnicas de diagnóstico utilizadas no trauma abdominal são (Şahin et al., 2023):

- Exames Laboratoriais: Realizar grupo sanguíneo e prova cruzada, hemoglobina e hematócrito, PT, aPTT e níveis de INR para reduzir o risco

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

de hemorragia.

- Radiografia Direta: Limitada utilidade em casos de trauma abdominal, mas pode ser útil na presença de trauma torácico.
- Ultrassonografia (USG): Avaliação focada com sonografia para trauma (FAST) é não invasiva, sensível, acessível e móvel. É particularmente útil na identificação de hemorragia intra-abdominal em pessoas vítimas de trauma.
- Tomografia Computadorizada (TAC): Método de imagem adequado para pessoas estáveis. Tornou-se o padrão na avaliação do trauma abdominal, permitindo avaliação da cavidade peritoneal e retroperitoneal.
- Lavagem Peritoneal Diagnóstica: Embora não seja a primeira escolha devido a TAC e USG, ainda pode ser preferida em condições clínicas que não permitem outros exames.
- Angiografia: Não é rotineiramente utilizada, mas pode ser útil para lesões vasculares intraparenquimatosas e hemorragia ativa em órgãos abdominais.
- Laparotomia de Emergência: Indicada em casos de instabilidade hemodinâmica persistente, sinais de irritação peritoneal, perfuração abdominal por arma de fogo, presença de bile e conteúdos intestinais na lavagem peritoneal diagnóstica, evisceração, hemorragia externa com hipotensão e choque, evidência de rotura diafragmática e outros achados graves
- Laparoscopia: Pode ser usada para diagnóstico e tratamento em traumas contusos e penetrantes. É recomendada para lesões diafragmáticas, lesões mesentéricas, lesões em órgãos ocos e em situações de instabilidade clínica da pessoa.

É importante ressaltar que a TAC é altamente sensível para lesões intra-abdominais, mas pode não ser eficaz para lesões pancreáticas iniciais.

As lesões no trauma abdominal podem ser categorizadas em diversas regiões, incluindo órgãos sólidos, ocos, retroperitoneais e estruturas vasculares. Lesões em órgãos sólidos, como fígado, baço e pâncreas, podem causar sintomas relacionados a sangramento, com risco significativo de mortalidade. Já as lesões em órgãos ocos, como estômago e intestino, podem levar a condições sépticas devido à contaminação bacteriana (Şahin et al., 2023).

Lesões retroperitoneais, muitas vezes assintomáticas inicialmente, podem apresentar sintomas tardios, como náuseas e dor abdominal. Lesões esofágicas e gástricas são raras, mas quando presentes, podem causar sintomas intensos, como dor

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

torácica e vômitos sanguinolentos (Şahin et al., 2023).

Duodeno, intestinos delgado e grosso, assim como o reto, estão sujeitos a lesões com impacto significativo. Lesões no sistema geniturinário, incluindo rins, ureteres e bexiga, podem resultar em complicações como hemorragia e sepse (Şahin et al., 2023).

As lesões diafragmáticas, muitas vezes são diagnosticadas tardiamente, podem causar sintomas indistintos. A parede abdominal e estruturas vasculares também podem ser afetadas, com lesões arteriais e venosas apresentando risco de hemorragia maciça e sepsis (Şahin et al., 2023).

O diagnóstico dessas lesões frequentemente envolve uma combinação de métodos, como ultrassonografia, TAC e exames específicos para cada órgão. O tratamento varia de reparo primário a intervenções cirúrgicas, dependendo da gravidade e extensão das lesões. O acompanhamento cuidadoso é essencial, uma vez que algumas lesões podem se manifestar tardiamente (Şahin et al., 2023).

Em resumo, o trauma abdominal abrange uma variedade de lesões em diferentes órgãos e regiões, exigindo uma abordagem abrangente para diagnóstico e tratamento adequados.

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM

A Prática Baseada na Evidência [PBE] representa uma estratégia na área da saúde que favorece a adoção de processos de decisão seguros, fundamentados na evidência científica mais robusta. Os princípios fundamentais que sustentam a PBE envolvem a inclusão da melhor evidência disponível, aliada à competência do profissional de saúde, e colocam as circunstâncias e preferências da pessoa no cerne dos cuidados prestados. A integração de diversas formas de conhecimento, provenientes tanto da investigação como da experiência prática, revela-se essencial neste contexto (Pinto & Mota, 2023).

A aplicação da PBE na prestação de cuidados de saúde tem sido globalmente reconhecida pelos profissionais de saúde, resultando num aumento da expectativa de que a prática seja fundamentada em evidência de elevada qualidade e atualizada. A sua integração na prática clínica é incentivada com o objetivo de promover a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Os enfermeiros, cada vez mais, enfrentam desafios constantes na busca por conhecimento científico, essencial para a prestação de cuidados de enfermagem baseados na qualidade e na excelência, alinhados com as atuais normas de uma cultura de segurança para a pessoa. Assim, a adoção da PBE torna-se cada vez mais imperativa no contexto dos cuidados de enfermagem (Sousa et al., 2018)

O Processo de Enfermagem [PE] aparece como uma ferramenta valiosa que contribui para a efetividade dos princípios e valores das políticas de saúde, otimizando o desempenho institucional. Além de organizar e sistematizar o trabalho da equipa de enfermagem, o PE permite a criação de um plano de custos eficaz, melhora a comunicação entre a equipa de enfermagem e diminui a possibilidade de erros. Mais importante ainda, o PE elabora um plano de cuidados individualizado para o doente, não apenas para a doença, direcionando as intervenções de enfermagem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (Berwanger et al., 2019).

O PE é dividido em cinco etapas, sendo a primeira, a colheita de dados, a segunda o julgamento clínico, onde serão elencados os diagnósticos de enfermagem, a terceira o planeamento dos cuidados, posteriormente a intervenção e pôr fim a avaliação (Dorneles et al., 2021).

As ações de enfermagem devem estar baseadas na avaliação da condição de saúde do indivíduo, sendo necessário que o diagnóstico seja utilizado como referência.

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

Este pode ser definido como um julgamento clínico com base na resposta humana diante das condições do processo de saúde da vida, considerando a sociedade, a família, o grupo ou a comunidade (Moreira et al., 2021).

É ainda importante referir que para a construção destes instrumentos é primordial a utilização de uma linguagem que seja universal, um Sistema de Linguagem Padronizada, para a enfermagem, este tem como objetivo estruturar conceitos teóricos e práticos que facilitem a prestação de cuidados e utilização de conhecimentos cientificamente validados (Argenta et al., 2020).

De seguida iremos apresentar os diagnósticos de enfermagem para o nosso caso clínico que consideramos prioritários bem como os resultados esperados após a aplicação das diferentes intervenções que consideramos pertinentes, de acordo com a CIPE, versão de 2015 publicada pelo International Council of Nurses, em 2016. Nesta pessoa em situação crítica, muitos outros problemas haveria para enunciar, mas o limite de páginas levou-nos a selecionar os que se seguem.

Na **Tabela 1**, podemos ver estruturadas as intervenções de enfermagem e sua respetiva fundamentação teórica para o diagnóstico de enfermagem de **Processo Respiratório Comprometido** com o resultado esperado de **Processo Respiratório Eficaz**.

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Manter ventilação com ventilador mecânico	A ventilação mecânica é considerada uma das tecnologias mais utilizadas em ambientes de elevada complexidade, substituindo total ou parcialmente a ventilação espontânea. Este tipo de tecnologia requer assistência especializada, sendo imperativo que o enfermeiro tenha domínio sobre os parâmetros ventilatórios. Estes parâmetros são essenciais para avaliar a adaptação da pessoa ao uso do ventilador e, consequentemente, implementar os cuidados de enfermagem de forma adequada (Ferreira & Cruz, 2022). A aplicação da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) é considerada uma medida de Suporte Avançado de Vida (SAV), destinada a pessoas que enfrentam insuficiência

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

	respiratória aguda em diferentes graus ou total, ou ainda na manifestação abrupta de uma condição crônica. Esse procedimento implica o uso de ventiladores e sistemas mecânicos que apoiam ou substituem a função respiratória fisiológica do indivíduo, viabilizando a realização eficaz da ventilação e respiração (Silva et al., 2023). É crucial proporcionar um cuidado adequado às pessoas submetidas a esse tratamento, a fim de assegurar a eficácia do suporte ventilatório, melhorar o estado clínico do indivíduo e reduzir as complicações, resultando na diminuição dos níveis de morbidade associados a esse procedimento. Nesse contexto, a equipa de enfermagem, integrada à equipa multidisciplinar, desempenha um papel fundamental na avaliação, monitorização e prestação de cuidados que visem promover o bem-estar, a segurança e a recuperação adequada do paciente (G. Silva et al., 2023)
Vigiar Respiração	A perceção da interação da pessoa com o ventilador e a forma como ela se encontra é importante para a análise da função respiratória. Se não houver sintonia entre a pessoa e o ventilador mecânico, pode ocorrer aumento do trabalho respiratório, desequilíbrios ácido-básicos e instabilidade hemodinâmica. Os ventiladores atuais exibem em tempo real as curvas de pressão, fluxo e volume a cada ciclo respiratório da pessoa, com o intuito de auxiliar a equipe a identificar assincronias pessoa-ventilador (M. K. A. D. Santos et al., 2019).
Aspirar via aérea	Nas pessoas ventiladas mecanicamente, o tubo orotraqueal impede a mobilização e a expulsão das secreções brônquicas, tornando necessária a sua remoção. Este processo deve ser conduzido de maneira passiva,

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

	mediante aspiração. A finalidade deste procedimento é assegurar a permeabilidade das vias aéreas e prevenir o surgimento de eventuais complicações. A aspiração endotraqueal é um dos procedimentos invasivos mais comuns realizados numa unidade de cuidados intensivos, todavia, há uma maior exposição dos pacientes, considerando a complexidade desse procedimento. Por se tratar de uma intervenção complexa, a aspiração das vias aéreas requer conhecimentos sobre a condição clínica do paciente, questões fisiopatológicas, suporte ventilatório e ventilação mecânica. Entende-se assim que é imprescindível uma avaliação prévia da real necessidade de aspiração, pois a técnica é um procedimento invasivo e que deve ser feito de forma cuidadosa e criteriosa, tendo conhecimento baseado em evidências científicas, assim como domínio da técnica (Freitas et al., 2023).
--	--

Na **Tabela 2**, podemos ver estruturadas as intervenções de enfermagem e sua respetiva fundamentação teórica para o diagnóstico de enfermagem de **Hipotensão Presente** com o resultado esperado de **Hipotensão Ausente**.

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Considerar Tratamentos não farmacológicos como primeira abordagem	Muitos doentes apresentam hipotensão como sinal de alarme, para minimizar este problema e diminuir o agravamento do doente, uma das intervenções de enfermagem mais utilizada é o posicionamento, seja através da elevação dos membros inferiores ou da adoção da posição de trendelenburg. Estas intervenções são de extrema importância

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

	pois diminuem o agravamento do estado clínico bem como diminui a morbilidade cardiovascular nos doentes (Almeida et al., 2021).
Monitorizar complicações	A vigilância contínua dos doentes em situação crítica é obrigatória, já que é comum terem alterações clínicas, apresentarem risco potencial de doença ou complicações cardiovasculares, É assim exigido aos enfermeiros, a avaliação da função cardíaca e de todos os fatores que lhe estão associados (Silva, 2020)
Administrar agentes farmacológicos e monitorizar efeitos, se aplicável	O Artigo 9.º do REPE, o n.º 4 diz-nos que "(...) em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros de acordo com as suas qualificações, profissionais: (...) e) procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;"(Decreto-Lei no 161/96, 1996)
Monitorizar sinais vitais	O tipo de monitorização a ser utilizado em cada doente deve seguir critérios consoante o estado de gravidade do doente crítico, o grau de experiência com o equipamento selecionado e deve estar relacionado com o tratamento em curso em doentes com instabilidade hemodinâmica. Assim, a monitorização tem como principal objetivo fornecer dados que ajudem a otimização da terapêutica instituída. O enfermeiro tem a responsabilidade pela prestação de cuidados ao doente crítico, devendo por isso garantir todas as informações da hemodinâmica do doente para que desta forma se possam traçar os cuidados necessários. Da mesma forma é impreterível que saiba interpretar os

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

	parâmetros avaliados para que as complicações possam ser evitadas. Através da monitorização hemodinâmica aliada aos cuidados de enfermagem pode-se identificar alterações e agir de forma atempada, reduzindo possíveis complicações no doente e desta forma contribuir para cuidados de enfermagem de qualidade e eficazes atendendo às necessidades do doente como um todo (Silva & Ribeiro, 2022)
--	--

Na **Tabela 3**, podemos ver estruturadas as intervenções de enfermagem e sua respetiva fundamentação teórica para o diagnóstico de enfermagem de **Hipotermia Presente** com o resultado esperado de **Hipotermia ausente**.

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Monitorizar temperatura	A temperatura é um dos indicadores clínicos que demonstra a eficácia da função homeostasia corporal, sendo um sinal vital (Oliveira et al., 2022). A ocorrência de hipotermia é um evento adverso significativo em pessoas, podendo acarretar complicações que vão desde desconforto corporal até alterações hemodinâmicas graves. Essa condição é caracterizada por uma temperatura corporal inferior a 36°C, na qual o corpo não consegue gerar calor suficiente para desempenhar suas funções, sendo classificada em leve (36-34°C), moderada (entre 34-38°C) ou grave (abaixo de 30°C) (Oliveira et al., 2022). A temperatura central do corpo é o parâmetro fisiológico mais padronizado para diagnosticar e classificar a gravidade da hipotermia. A temperatura central do corpo é um parâmetro padronizado para classificar a hipotermia (Avellanas et al., 2019).
Utilizar de métodos de aquecimento passivos	Manter o equilíbrio da temperatura corporal é essencial para cumprir os indicadores de

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

	qualidade na prestação de cuidados e garantir a segurança da pessoa. Os cuidados de enfermagem devem ser planeados e dirigidos com base nas melhores evidências e orientações científicas. O aquecimento seguro constitui uma intervenção de enfermagem de grande importância. Assim, os métodos de aquecimento devem ser implementados de forma segura, com o devido acompanhamento (Rocha et al., 2022). Como métodos de aquecimento passivos existem, campos cirúrgicos aquecidos, os cobertores de algodão e cobertores isotérmicos e aumento da temperatura ambiente (Carneiro et al., 2020)
Utilizar métodos de aquecimento ativos	Manter o equilíbrio da temperatura corporal é essencial para cumprir os indicadores de qualidade na prestação de cuidados e garantir a segurança da pessoa. Os cuidados de enfermagem devem ser planeados e dirigidos com base nas melhores evidências e orientações científicas. O aquecimento seguro constitui uma intervenção de enfermagem de grande importância. Assim, os métodos de aquecimento devem ser implementados de forma segura, com o devido acompanhamento (Rocha et al., 2022). O sistema de ar forçado, os cobertores de aquecimento, colchões e vestuário com circulação de água quente, irradiação de calor e medidas auxiliares (como fluidos intravenosos e irrigação aquecidos, gases medicinais quentes e umidificados) representam os métodos ativos de aquecimento (Carneiro et al., 2020).

Na **Tabela 4**, podemos ver estruturadas as intervenções de enfermagem e sua respetiva fundamentação teórica para o diagnóstico de enfermagem de **Risco de Dor**

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

com o resultado esperado de **Dor Ausente**.

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Avaliar Dor	A dor trata-se de uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou não. A sua avaliação consiste em caracterizar o fenómeno doloroso descrito pelo doente como o tipo, localização, intensidade e fatores de agravamento ou alívio. São observados sinais objetivos como expressão facial, posição de defesa, choro e os subjetivos como alterações neurovegetativas causadas pela dor (pressão arterial elevada, sudorese, taquicardia, entre outros) (C. E. Santos et al., 2017).
Monitorizar dor	A dor deve ser monitorizada de forma frequente, pelo menos uma vez por turno com instrumentos de avaliação da dor atendendo ao tipo de dor, idade do doente, situação clínica, prioridades psicométricas, critérios de interpretação das escalas, escalas de quantificação comparáveis, facilidade de aplicação e experiências de utilização em outras unidades de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2008) BPS?

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

Administrar terapêutica prescrita e prevenir efeitos secundários da medicação	O Artigo 9.º do REPE, o n.º 4 diz-nos que “(...) em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros de acordo com as suas qualificações, profissionais: (...) e) procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;”(Decreto-Lei no 161/96, 1996). São pedidos aos medicamentos e a todos os produtos biológicos durante o seu ciclo de vida eficácia, segurança e qualidade. As Reações adversas a medicamentos são definidas pela Organização Mundial de Saúde em 1972 como respostas prejudiciais e indesejadas causadas por medicamentos em doses habitualmente utilizadas. Os profissionais de saúde devem estar atentos e disponíveis para interpretar os efeitos secundários que possam aparecer nos sujeitos e tomar medidas de forma a aliviá-los, notificá-los e se necessário interromper o tratamento (Silva & Vaz, 2020)
---	---

Na **Tabela 5**, podemos ver estruturadas as intervenções de enfermagem e sua respetiva fundamentação teórica para o diagnóstico de enfermagem de **Risco de Comunicação familiar comprometida** com o resultado esperado de **Comunicação Familiar Eficaz**.

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Estabelecer políticas de visita flexíveis e centradas na pessoa	As visitas de familiares em horários flexíveis e alargados a doentes internados podem de certa forma trazer benefícios terapêuticos para os mesmos, desde que esses familiares sejam orientados e instruídos para as suas necessidades e limitações. Com a política de

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

	flexibilidade das visitas promove-se uma melhoria no relacionamento interpessoal entre a família e a equipa de saúde, e um acompanhamento mais próximo da evolução em tempo real da situação clínica do seu ente querido (Gomes et al., 2022).
Informar visitantes, incluindo crianças, sobre o que devem esperar ver e ouvir antes da primeira visita	No contexto da primeira visita ao doente é fundamental para os familiares um processo de acolhimento a partir das primeiras impressões, comportamentos, capacidades de adaptação dos familiares e amigos a esta nova realidade do doente. Os profissionais de saúde devem prepará-los para esta nova realidade e elucidá-los para o que possam vir a ver e vivenciar durante a visita do seu ente querido (Sá & Henriques, 2021)
Monitorizar a resposta do doente à visita familiar	De modo a implementar práticas humanizadas, é importante o estudo do envolvimento da equipa multidisciplinar, doente e família no processo de cuidar e as suas interações durante todo o processo. De modo a proporcionar cuidados humanizados e centrados no indivíduo e família, a visita é um momento privilegiado de compreensão das suas relações e dos seus impactos para a saúde do doente. A gestão desse processo por parte dos profissionais de saúde deve ser feita de forma a garantir um benefício da mesma, visando o bem estar geral entre doente e família (Gomes et al., 2022).
Fornecer um telefone de contato para a família ligar	Disponibilizar no momento do internamento do doente num serviço de internamento um número de telefone direto, ou o geral com indicações, horários preferenciais de atendimento de modo a evitar perdas de tempo e frustrações aos familiares e aos profissionais de saúde (Comissão de Ética para a Saúde - CHUC, 2021).
Responder a questões e dar explicações	A comunicação com familiares de doentes em

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

sobre o tratamento em uma linguagem que os visitantes possam compreender	situação crítica apresenta frequentemente diversos desafios pelos seus condicionantes, quer seja pela escassez de tempo para o fazer, alterações emocionais de ambos os intervenientes e níveis variáveis de literacia em saúde dos intervenientes. Embora a necessidade de informação dos familiares seja elevada, também não devem ser sobrecarregados com informações irrelevantes para o momento ou informações demasiado complexas. O diálogo de qualidade com os familiares requer para além da abordagem dos tópicos corretos, uma comunicação com um nível linguístico adequado a ambos os intervenientes (Russo et al., 2022)
Facilitar encontros e conversas com médicos e outros profissionais da área da saúde	Com o intuito de promover um processo de adaptação correto do doente e família ao internamento, a equipa multidisciplinar deve promover a comunicação como método privilegiado de humanização dos cuidados. Essa comunicação deve conter a interação doente-família com todas os profissionais de saúde, de forma a colmatar as dúvidas existentes em relação a todo o processo terapêutico: terapêutica, exames complementares de diagnóstico, etc. Diminuindo assim a ansiedade e o medo provocado pela hospitalização e pela doença em si a doentes e familiares (Vasconcelos et al., 2016). O enfermeiro por ser o profissional mais próximo do doente e das suas famílias, podem incentivar e proporcionar o momento de comunicação entre a família e o médico, fornecendo desta forma apoio e conforto emocional durante o mesmo (Russo et al., 2022).

Na **Tabela 6**, podemos ver estruturadas as intervenções de enfermagem e sua

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

respetiva fundamentação teórica para o diagnóstico de enfermagem de **Risco de Infecção** com o resultado esperado de **Infecção Ausente**.

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Monitorizar sinais de infeção	A possibilidade de bacteriemia nestes doentes é elevada devidos a todos os antecedentes que apresentam, esta pode ser transitória e não causar sequelas, ou pode ser mais grave e causar sepsis e mesmo choque séptico. A vigilância da sintomatologia como febre, taquicardia, hipotensão, dor abdominal, náuseas, são de extrema importância para evitar situações mais graves de doença (Bush & Schmidt, 2022).
Empregar medidas de precaução para reduzir o risco de infeção ao prestar cuidados	As IACS aumentam a mortalidade e a morbilidade, a estratégia mundial das Precauções Básicas, devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação dos cuidados de saúde, a fim de minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada das mesmas (DGS, 2017).
Monitorizar parâmetros vitais (temperatura)	A equipa de enfermagem, necessita de estar preparada para identificar prontamente os sinais clínicos e iniciar o tratamento adequado da sepsis, uma vez que a cada hora de atraso no início do tratamento, observa-se um aumento de 4% no risco de mortalidade. É responsabilidade do enfermeiro proporcionar assistência completa à pessoa em todas as suas necessidades e, em colaboração com a equipa multidisciplinar, intervir de maneira precoce nesses casos, contribuindo assim para a melhoria do prognóstico. Acredita-se que a manifestação de febre e/ou hipotermia durante o desenrolar da sepsis está ligada à resposta fisiológica à infeção e à piora do quadro clínico. A febre, como resposta à presença de patógenos, é considerada um mecanismo adaptativo que visa reorganizar as respostas fisiológicas do

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

	hospedeiro, uma vez que possui efeitos benéficos na defesa contra patógenos infecciosos, diminuindo a hipoxia tecidual durante a sepsis. Contudo, ela pode causar desconforto à pessoa e afetar o equilíbrio entre oferta e demanda de oxigénio. Já a hipotermia em pessoas com sepsis é interpretada como uma "falha" na regulação térmica e reflete a incapacidade do cérebro em controlar a temperatura corporal em estados mais críticos, como no caso do choque séptico, sendo associada a um prognóstico desfavorável para a pessoa em situação crítica (Corrêa et al., 2019).
--	---

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo de caso, exploramos a fisiopatologia complexa associada à pessoa politraumatizada, bem como a prevalência do politrauma, enfatizando a necessidade de intervenções de enfermagem especializadas para otimizar os resultados clínicos. O plano de cuidados desenvolvido demonstrou ser uma ferramenta valiosa para guiar a assistência, abordando de maneira abrangente as necessidades específicas da pessoa em situação crítica.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem da pessoa em situação crítica devem ser proficientes na gestão de eventos adversos, na adaptação a mudanças dinâmicas no estado da pessoa e na coordenação eficiente dos cuidados. Além disso, a promoção de uma cultura de segurança, onde a prevenção de complicações é uma prioridade, contribui significativamente para a qualidade global dos cuidados.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica envolvem a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, servindo como referência para a prestação de cuidados de excelência. Foi tendo isto em conta que se procurou desenvolver o melhor plano de cuidados para a pessoa alvo do estudo.

Assim, pensamos que os objetivos que traçamos inicialmente para o desenvolvimento deste trabalho foram de grosso modo atingidos. Para além disso, a execução deste trabalho aumentou o nosso nível de conhecimentos sobre a própria doença, identificámos e ficámos familiarizados com as necessidades dos diagnósticos de enfermagem e a importância das suas intervenções na pessoa politraumatizada.

No desenvolvimento deste trabalho surgiram algumas dificuldades para a realização do mesmo, não obstante, conseguimos na generalidade superá-las de forma mais efetiva, melhorando a nossa formação e conhecimentos.

Este estudo de caso destaca a importância da formação contínua e da atualização dos enfermeiros para garantir a prestação de cuidados de qualidade e baseados em evidências aos doentes politraumatizados. À medida que enfrentamos os desafios complexos associados a pessoas em situação crítica, a dedicação à melhoria contínua dos cuidados é essencial para garantir resultados positivos e proporcionar o mais alto

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

padrão de assistência possível.

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. L. de, Silva, I. A. S. da, & Araújo, R. V. (2021). Intervenções de enfermagem para prevenção e manejo das intercorrências durante a diálise. *Research, Society and Development*, 10(15), e206101522980. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22980>
- Argenta, C., Adamy, E. K., & Bitencourt, J. V. de O. V. (Eds.). (2020). *Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem*. Editora UFFS. <https://doi.org/10.7476/9786586545234>
- Avellanas, M. L., Ayala Gallardo, M., Soteras Martínez, Í., & Subirats Bayego, E. (2019). Management of accidental hypothermia: A narrative review. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 43(9), 556–568. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2018.11.006>
- Balogh, Z. J. (2022). Polytrauma: It is a disease. *Injury*, 53(6), 1727–1729. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2022.05.001>
- Beeharry, M. W., Moqeem, K., & Rohilla, M. U. (2021). Management of Cervical Spine Fractures: A Literature Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.14418>
- Bennett, J., M Das, J., & Emmady, P. D. (2023). Spinal Cord Injuries. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560721/>
- Berwanger, D. C., Matos, F. G. de O. A., Oliveira, J. L. C. de, Alves, D. C. I., Hofstatter, L. M., Tonini, N. S., & Neta, A. F. (2019). Processo de enfermagem: Vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. *Nursing (São Paulo)*, 22(257), 3203–3207. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3203-3207>
- Breugel, J. M. M., Niemeyer, M. J. S., Houwert, R. M., Groenwold, R. H. H., Leenen, L. P. H., & Van Wessem, K. J. P. (2020). Global changes in mortality rates in polytrauma patients admitted to the ICU—a systematic review. *World Journal of Emergency Surgery*, 15(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00330-3>
- Bush, L., & Schmidt, C. (2022, agosto). *Bacteremia—Doenças infecciosas*. Manuais MSD edição para profissionais. <https://www.msmanuals.com/pt->

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/biologia-das-doen%C3%A7as-infecciosas/bacteremia

- Carneiro, L. S. D. M., Santos, L. M. F. D., & Veloso, L. C. (2020). Procedimentos utilizados pela equipe de enfermagem na prevenção da hipotermia no perioperatório em cirurgias eletivas e de urgência. *Research, Society and Development*, 9(10), e3959108720. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8720>
- Comissão de Ética para a Saúde - CHUC. (2021). *Dez ideias para comunicar melhor com as famílias em contexto hospitalar*.
- Corrêa, F., Silveira, L. M., Padovani Lopes, N. A., Ruffino Netto, A., & Stabile, A. M. (2019). Perfil de termorregulação e desfecho clínico em pacientes críticos com sepse. *Avances en Enfermería*, 37(3). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.77009>
- DGS. (2017). *PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Dorneles, F. C., Schlotfeldt, N. F., França, P. M., Forno, N. D., Araújo, N. P., Dos Santos, A. D. S., & Dornelles, C. D. S. (2021). Processo de enfermagem e suas implicações na prática profissional do enfermeiro: Revisão integrativa de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e6028. <https://doi.org/10.25248/reas.e6028.2021>
- Edgecombe, L., Sigmon, D. F., Galuska, M. A., & Angus, L. D. (2023). Thoracic Trauma. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534843/>
- Ferreira, J., & Cruz, I. (2022). *What is the best digital technology for the keep in ventilation with mechanical ventilation nursing intervention in ICU - Systematic Literature Review*.
- Freitas, J., Pinto, L., Gomes, L., & Araújo, A. (2023). *ANÁLISE DA TÉCNICA DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.8397237>
- Galgano, M., Toshkezi, G., Qiu, X., Russell, T., Chin, L., & Zhao, L.-R. (2017). Traumatic Brain Injury: Current Treatment Strategies and Future Endeavors. *Cell Transplantation*, 26(7), 1118–1130. <https://doi.org/10.1177/0963689717714102>
- Gomes, I. V., Gouveia Neto, J. R. G. N., Gonçalves, N. da S., Souza, M. C. de, Martins, D. S., & Leal, N. P. da R. (2022). Evidências acerca da visita familiar ampliada em Unidade de Terapia Intensiva adulto. *Enfermagem Brasil*, 21(6), 787–799. <https://doi.org/10.33233/eb.v21i6.5148>

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

- International Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Ordem dos Enfermeiros.
- Iyengar, K. P., Venkatesan, A. S., Jain, V. K., Shashidhara, M. K., Elbana, H., & Botchu, R. (2023). Risks in the Management of Polytrauma Patients: Clinical Insights. *Orthopedic Research and Reviews, Volume 15*, 27–38. <https://doi.org/10.2147/ORR.S340532>
- Khellaf, A., Khan, D. Z., & Helmy, A. (2019). Recent advances in traumatic brain injury. *Journal of Neurology*, 266(11), 2878–2889. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09541-4>
- Lasek, J., & Jadczyk, E. (2020). Thoracic trauma – principals of surgical management. *European Journal of Translational and Clinical Medicine*, 3(1), 66–73. <https://doi.org/10.31373/ejtc/120124>
- Ludwig, C., & Koryllos, A. (2017). Management of chest trauma. *Journal of Thoracic Disease*, 9(S3), S172–S177. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.03.52>
- Maymone, D. (2016). *Infecção Associada aos Cuidados de Saúde no Utente admitido numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos a aguardar implante de Pace-Maker Definitivo/Cardioversor-disfibrilador Implantável*.
- Moreira, L. H. D., Hong, M. V., Silva, D. A. da, & Silva, R. G. da. (2021). A importância do diagnóstico de enfermagem: Visão dos enfermeiros. *Research, Society and Development*, 10(2), e24510212508. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12508>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem—Teoria e Prática (1ª Edição)*. Lidel.
- Okereke, I., Mmerem, K., & Balasubramanian, D. (2021). The Management of Cervical Spine Injuries – A Literature Review. *Orthopedic Research and Reviews, Volume 13*, 151–162. <https://doi.org/10.2147/ORR.S324622>
- Oliveira, T. M., Aranha, A. L., Barbieri, B. M., Lopes, A. B., & Fiorin, B. H. (2022). Ações de enfermagem no tratamento de hipotermia perioperatória: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(8), e39911831193. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31193>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor—Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pape, H.-C., Moore, E. E., McKinley, T., & Sauaia, A. (2022). Pathophysiology in patients with polytrauma. *Injury*, 53(7), 2400–2412. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2022.04.009>

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. D. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: Scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- PORDATA. (2023, junho 28). *Acidentes de viação com vítimas por mil habitantes—Continente*. <https://www.pordata.pt/portugal/acidentes+de+viacao+com+vitas+por+mil+habitantes+++continente-1990>
- Decreto-Lei no 161/96, 1739 (1996).
- Rau, C.-S., Wu, S.-C., Kuo, P.-J., Chen, Y.-C., Chien, P.-C., Hsieh, H.-Y., & Hsieh, C.-H. (2017). Polytrauma Defined by the New Berlin Definition: A Validation Test Based on Propensity-Score Matching Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 1045. <https://doi.org/10.3390/ijerph14091045>
- Rocha, C. C. D. M., Carmo, T. G. D., Moraes, É. B. D., Primo, C. D. S. M., Moura, A. D. C., & Monteiro, V. D. M. (2022). Cuidado de enfermagem no reaquecimento seguro de pacientes hipotérmicos: Scoping review. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), 243–255. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.243-255>
- Rossiter, N. D. (2022). “Trauma—The forgotten pandemic?” *International Orthopaedics*, 46(1), 3–11. <https://doi.org/10.1007/s00264-021-05213-z>
- Russo, J. R. dos S., Bico, I. M. T., & Vala, P. A. de S. R. (2022). INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-FAMÍLIA EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(1), 96. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).547.96-116](https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).547.96-116)
- Sá, F., & Henriques, H. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 26, 109–123. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>
- Şahin, E., Bali, İ., Said Dalkılıç, M., Gençtürk, M., Yılmaz, M., Hakan Kanat, B., & Sözen, S. (2023). Abdominal Trauma. Em S. Sözen (Ed.), *Topics in Trauma Surgery*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.109615>
- Santos, C. E., Dutra, M. C. G., Eiko, M., Nishikawa, M. C., & Marin, M. (2017). *ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DA DOR NOS REGISTROS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA*.
- Santos, M. K. A. D., Camerino, C. M. C., Braide, A. S. G., Morais, M. C. S. D.,

Estudo de Caso – A pessoa politraumatizada na UCI

- Dantas, M. M. P., Santos, A. P. D., & Viana, M. C. C. (2019). Interpretação gráfica e monitorização ventilatória. *Revista de Medicina*, 98(3), 194–201. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i3p194-201>
- Silva, G., Sampaio, L., Vidal, E., Nascimento, M., Bernardo, M., Morais, N., Souza, J., & Pinheiro, W. (2023). Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o paciente em ventilação mecânica invasiva. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 16(12), 33701–33715. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-275>
 - Silva, R., & Ribeiro, A. (2022). *Cuidados de enfermagem na monitorização hemodinâmica invasiva em paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva*.
 - Silva, R., & Vaz, I. (2020). *Reações adversas a medicamentos*.
 - Silva, S. (2020). *Gestão dos alarmes clínicos na segurança do doente crítico: Perspetiva do enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
 - Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). MODELOS DE FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO NA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA. *Revista Investigação em Enfermagem*. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Sousa-21/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_D_E_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA/links/5b20dc04a6fdcc69745d4eb8/MODELOS-DE-FORMULACAO-DA-QUESTAO-DE-INVESTIGACAO-NA-PRATICA-BASEADA-NA-EVIDENCIA.pdf
 - Stockert, P. A., Perry, A. G., Hall, A. M., Ostendorf, W. R., & Potter, P. (2017). *Fundamentos de Enfermagem* (9.ª Edição). Elsevier.
 - Su, Y., & Lv, X. (2022). Introductory Chapter: Traumatic Brain Injury. Em X. Lv, Y. Guo, & G. Mao (Eds.), *Frontiers In Traumatic Brain Injury*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.105359>
 - Vasconcelos, E. V., Freitas, K. O., Torres, R. S. C., Silva, S. E. D., Baia, R. S. M., Araújo, J. S., Cunha, J. O., & Filgueira, G. P. (2016). A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO: FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA. *Revista Conexão UEPG*, 12(2), 196–207. <https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.12.i2.0002>

APÊNDICE III – INSTRUÇÃO DE TRABALHO NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA UCI: PADRÕES DE CUIDADOS E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem

SIGLAS

dl – decilitro

h – Hora

Kcal – Quilocaloria

L – Litro

mg – Miligrama

mL – Mililitro

mmol - Milimole

NE – Nutrição Entérica

NP – Nutrição Parentérica

Rx – Radiografia

SNG – Sonda Nasogástrica

SOG – Sonda orogástrica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VRG – Volume Residual Gástrico

INTRODUÇÃO

Existe um reconhecimento cada vez maior da importância da nutrição da pessoa em situação crítica, especialmente quando permanecem por um longo período de tempo em Unidades de Cuidados Intensivos, necessitando muitas vezes de medidas de suporte vital levando a que atinjam um estado de catabolismo grave ⁽¹⁾.

Em pessoas com disfunção de múltiplos órgãos devido a patologias graves, a perda de massa muscular ocorre precoce e rapidamente durante a primeira semana de doença crítica, sendo a desnutrição uma das responsáveis pela elevada morbilidade aquando da alta da UCI, por outro lado, o estado nutricional ideal demonstrou estar associado a menos complicações, menor tempo de internamento e menor mortalidade ⁽²⁾.

Nas UCI, uma das funções dos enfermeiros é garantir um suporte nutricional adequado que facilite a recuperação da pessoa, para que isso aconteça é essencial que os enfermeiros avaliem, monitorem e gerenciem a nutrição da pessoa em situação crítica ⁽³⁾.

Quando as pessoas em situação crítica são incapazes de se alimentar por via oral, a nutrição entérica (NE) é o método preferido de alimentação já que apresenta um risco menor de complicações infecciosas que estão relacionadas com a alimentação parentérica ⁽⁴⁾. Por outro lado o suporte nutricional enteral é considerado um método eficaz para corrigir o estado nutricional das pessoas e melhorar a sua imunidade ⁽⁵⁾.

Nos últimos anos foram criadas diretrizes de nutrição enteral através do consenso de especialistas que procuram mitigar lacunas durante o processo de alimentação, padronizar o plano de alimentação, reduzir a intolerância alimentar e diminuir complicações do trato gastrointestinal das pessoas sujeitas a alimentação entérica ⁽⁵⁾.

Vários estudos recomendam o desenvolvimento e implementação de *guidelines* de terapia nutricional para melhorar as práticas nutricionais nos serviços ⁽⁶⁾. Sendo que quando os enfermeiros recebem formação sobre estas, a qualidade dos cuidados melhora proporcionando um suporte nutricional mais eficaz ⁽⁷⁾.

Esta Instrução de Trabalho (IT) contém orientações que visam melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com nutrição entérica.

1. OBJETIVOS

Esta instrução de trabalho tem como objetivos:

- Garantir que a pessoa em situação crítica com NE recebe o aporte nutricional apropriado;
- Prevenir complicações associadas à NE;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com NE;
- Enquadrar os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados

em enfermagem médico cirúrgica, nomeadamente a prevenção de complicações, a organização dos cuidados de enfermagem e a segurança nos cuidados especializados.

2. CONCEITO

Dentro das terapias nutricionais médicas, a NE é o método preferido de alimentação para pessoas em situação crítica, que mantêm o funcionamento do trato gastrointestinal, uma vez que tem uma boa relação custo-benefício, previne a atrofia da mucosa intestinal e mantém a imunidade intestinal através do tecido linfóide associado ao intestino ⁽⁸⁾.

Neste tipo de alimentação todos os nutrientes essenciais, incluindo água e minerais, são administrados através de uma sonda de alimentação diretamente no sistema gastrointestinal, esta pode ser nasogástrica, orogástrica, nasoduodenal, jejunal, gastrostomia percutânea ou jejunostomia percutânea ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

2.1. INDICAÇÕES

- Se a via oral não está disponível, a NE precoce (dentro de 48h) está indicada em pessoas em situação crítica, não devendo ser atrasada ⁽¹¹⁾;
- Se a via oral não está disponível, a NE precoce (dentro de 48h) deve ser iniciada nas pessoas em situação crítica em detrimento da Nutrição Parentérica precoce ⁽¹¹⁾;
- A NE precoce deve ser iniciada, se possível, nas pessoas ⁽¹¹⁾:
 - Em ECMO;
 - Com lesão traumática cerebral;
 - Com AVC isquémico ou hemorrágico;
 - Com lesão medular;
 - Com pancreatite aguda;
 - Submetidas a cirurgia gastrointestinal;
 - Submetidas a cirurgia da aorta;
 - Com trauma abdominal, desde que o trato gastrointestinal esteja íntegro ou tenha sido restaurado;
 - Sob terapêutica de bloqueio neuromuscular;
 - Em posição de decúbito ventral;
 - Com abdómen aberto;
 - Com ausência de sons abdominais, exceto na suspeita/confirmação de isquemia ou oclusão intestinal;
 - Com diarreia.

2.2. CONTRAINDICAÇÕES

A NE deve ser atrasada ou mesmo evitada nas seguintes situações ⁽¹¹⁾:

- Se o choque não for controlado e as metas hemodinâmicas e de perfusão tecidual não forem alcançadas. No enquanto a NE em baixas doses pode ser iniciada assim que o choque for controlado com fluidos e vasopressores/inotrópicos, sendo importante neste caso vigiar sinais de isquemia intestinal;
- Em caso de hipoxemia, hipercapnia ou acidose grave e não controlada, sendo que a NE pode ser iniciada em pessoas com hipoxemia estável e hipercapnia e acidose compensadas ou permissivas;
- Em pessoas com hemorragia gastrointestinal alta ativa, podendo a NE ser iniciada quando a hemorragia parar e não forem observados sinais de recidiva;
- Em pessoas com isquemia intestinal;
- Em pessoas com obstrução intestinal;
- Em pessoas com fístula intestinal sempre que não se consiga acesso confiável para alimentação após a fístula;
- Em pessoas com síndrome compartimental abdominal;
- Se o volume residual gástrico (VRG) é superior a 500 mL/6h.

Doses baixas de NE devem ser administradas ⁽¹¹⁾:

- Em pessoas em hipotermia terapêutica, devendo a dose ser aumentada após o reaquecimento;
- Em pessoas com hipertensão abdominal, sem síndrome compartimental, devendo ser descontinuada se os valores da pressão intra-abdominal aumentarem com a administração da NE;
- Em pessoas com insuficiência hepática aguda.

2.3. COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À NE

As complicações mais frequentes associadas à NE são ^(5,12,13)

- Diarreia;
- Obstipação;
- Náuseas;
- Vômitos;
- Regurgitação;
- Aspiração do conteúdo gástrico;
- Síndrome de realimentação;
- Lesões e úlceras de pressão (pelo tubo de alimentação);
- Distúrbios metabólicos (ex: hiperglicemia)
- Exteriorização acidental da sonda;

2.4. VIA DE ADMINISTRAÇÃO

A NE pode ser administrada por quatro tipos de vias, sendo elas a nasogástrica, a orogástrica, a enterostomia e o acesso pós-pilórico ⁽¹⁰⁾. Deve-se ter atenção ao seguinte:

- O acesso gástrico, sonda nasogástrica (SNG) ou sonda orogástrica (SOG), deve ser utilizado como forma *standard* para início da NE ⁽¹¹⁾;
- Nas pessoas consideradas em alto risco de aspiração deve ser considerado o acesso pós-pilórico ⁽¹¹⁾;
- Nas pessoas com intolerância à alimentação gástrica não resolvida com agentes procinéticos deve-se considerar o acesso pós-pilórico ⁽¹¹⁾;
- NE contínua deve ser utilizada em vez de bólus ⁽¹¹⁾.

3. ÂMBITO

Esta IT aplica-se ao Serviço de Cuidados Intensivos que presta cuidados à pessoa em situação crítica com NE.

4. DESCRIÇÃO

4.1. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para o início da nutrição entérica consideram-se como necessários os seguintes materiais e equipamento:

- SNG ou SOG de calibre adequado à pessoa e ao tipo de dieta;
- Bomba infusora para administração de NE em sistema fechado;
- Sistema de administração de nutrição entérica específico para a bomba infusora em utilização no serviço, este deve ser substituído de 24h em 24h para evitar o risco de contaminação ⁽¹⁴⁾;
- Seringa de alimentação;
- Adesivo;
- Luvas;
- Gel lubrificante anestésico.
- Material para verificação da colocação da SNG/SOG

4.2. QUEM EXECUTA

A responsabilidade da preparação do material, início, monitorização, progressão da administração da NE e a prevenção de complicações relacionadas com esta é da equipa de enfermagem ⁽³⁾.

4.3. QUEM DEVE INICIAR A NE

Quando a ingestão nutricional oral não é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais estimadas, todas as pessoas em situação crítica internadas na UCI com sistema gastrointestinal funcionante e hemodinamicamente estáveis ⁽⁸⁾.

4.4. QUANDO INICIAR A NE

A administração da NE deve acontecer dentro das primeiras 48h do início da doença crítica e admissão na UCI, na ausência de contraindicações e conforme prescrição médica/avaliação do risco nutricional ^(1,8,11,15,16).

4.5. INÍCIO E MANUTENÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTÉRICA

- Para se poder iniciar a NE é necessária a colocação de uma sonda naso/oro gástrica, a posição desta deve ser confirmada preferencialmente através de uma radiografia ao tórax. No caso da impossibilidade da realização deste exame complementar de diagnóstico, pode ser utilizada o teste de auscultação diário de insuflação de ar ou a medição de pH do conteúdo gástrico ^(13,17).
- A NE deve ser iniciada com uma fórmula padrão de 1 Kcal/mL, esta atende as necessidades nutricionais da maioria das pessoas, sendo geralmente bem tolerada ⁽¹⁾;
- Recomenda-se começar a NE até 48h depois da admissão com uma taxa inicial de 10-20 mL/h aumentado progressivamente até se atingir a meta nutricional proposta, tendo em conta a tolerância gastrointestinal ⁽¹³⁾;
- Pelo menos a cada 4h durante a infusão contínua de NE, após as medições de volume residual gástrico e após administração da medicação devem ser efetuadas lavagens da sonda com 30 mL de água, no mínimo, para evitar a obstrução desta ^(12,14);

4.6. VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS DE INTOLERÂNCIA GASTROINTESTINAL

A vigilância e monitorização dos sinais de intolerância gastrointestinal são de extrema importância já que a intolerância gastrointestinal é um dos motivos para suspensão da nutrição entérica, assim:

- O VRG deve ser monitorizado de 6h/6h e em SOS.
 - Se VRG > 250 mL e < 500 mL e sem outro sinal de intolerância gastrointestinal, deve

ser reintroduzido o conteúdo gástrico até 300 mL e é recomendado o início de medicação procinética. Deve também ser reduzido o ritmo de perfusão para metade ^(1,11,12,15).

- Se $VRG \leq 250$ mL, este deve ser reintroduzido e manter o ritmo de perfusão se o objetivo calórico foi atingido ou aumentar o ritmo de perfusão para o dobro até ser atingido o objetivo calórico ^(11,12);
- Se $VRG > 500$ mL a NE deve ser suspensa durante 2h, iniciar medicação procinética (caso não tenha sido já iniciada) e voltar a reavaliar. ^(1,11,12,14);
- Dentro dos fármacos procinéticos, a eritromicina é considerada o medicamento de primeira linha, sendo a dosagem recomendada de 100-250mg 3x/dia. Segue-se da metoclopramida na dosagem recomendada de 10mg 2-3x/dia. Esta medicação vê a sua eficácia diminuída para 1/3 após 72h, pelo que deve ser descontinuada ao final de 3 dias ^(11,15).
- Outros sinais de intolerância gastrointestinal incluem ^(1,12,15):
 - Náuseas e vômitos;
 - Distensão abdominal;
 - Queixas de dor/desconforto abdominal;
 - VRG elevado;
 - Diarreia;
 - Obstipação;
 - Rx abdominal anormal;
- Pode ser considerada a colocação de uma sonda pós-pilórica caso o VRG se mantenha de forma persistente acima de 500 mL mesmo após o início de medicação procinética ^(11,15);
- Na presença de diarreia persistente, tendo sido as causas infecciosas ou medicamentosas excluídas, sugere-se a utilização de uma fórmula que contenha fibras mistas ou um suplemento de fibra solúvel ⁽¹⁵⁾;
- Se ao final de 1 semana não for possível administrar e a pessoa tolerar a dose correspondente às suas necessidades calóricas, deve ser ponderada a nutrição parentérica (NP) ⁽¹¹⁾;

4.7. PREVENÇÃO DO RISCO DE ASPIRAÇÃO

São preconizadas as seguintes medidas para diminuir o risco de aspiração:

- Elevação da cabeça entre os 30° e os 45° ⁽¹²⁻¹⁵⁾;
- Em caso de contraindicação de elevação da cabeça, deve ser considerada a posição de Trendelenburg reversa ⁽¹⁴⁾;
- Em pessoas com alto risco de aspiração deve ser considerada a administração de medicação

procinética ^(13,14,16) ;

- Aspirar as secreções da orofaringe, em pessoas incapazes ou com dificuldade de as eliminar, especialmente antes de baixar a cabeceira da cama e antes da extubação ⁽¹⁴⁾;
- Preferir a administração de nutrição entérica de forma contínua em vez de intermitente, já que a segunda está associada a um risco de aspiração mais elevado ^(11,12,14-16);
- Diminuição da sedação sempre que possível ^(12,14,15);
- Utilização de sonda de nutrição entérica pós-pilórica em pessoas com risco elevado de aspiração ^(1,11,15,16,18) ;
- Higiene oral, pelo menos 2x dia ^(11,12,14-16,18);
- Monitorizar a posição da sonda de alimentação pelo menos 1x turno ^(12,14);

4.8. MONITORIZAÇÃO DA GLICÉMIA

- A glicémia deve ser avaliada após a admissão na UCI e de 4h/4h durante as primeiras 48h, caso a situação clínica da pessoa seja instável esta avaliação deve ser feita com maior frequência ^(11-13,16);
- Caso glicémia for = ou >180 mg/dL (10 mmol/L), deve ser administrada insulina conforme o algoritmo disponível no serviço ^(11,15,16);
- No caso de suporte nutricional em curso, seja entérico ou parentérico, a insulina deve ser administrada via endovenosa utilizando uma seringa infusora ^(11,16);
- Para a maioria das pessoas internadas na UCI os valores alvo de glicemia são 110-145 mg/dL (6-8 mmol/L), estando estes associados a melhores resultados ^(13,16);
- A recolha do sangue deve ser, preferencialmente, arterial ou venosa ⁽¹⁶⁾;
- A utilização de gasómetros ou laboratório é essencial ⁽¹⁶⁾.

5. REGISTOS

Os registos devem ser feitos no sistema informático disponível no serviço sendo as seguintes informações essenciais:

- Tipo de acesso gástrico e o nível a que está colocado;
- Tipo de fórmula de nutrição entérica que está a ser administrada;
- Taxa de infusão;
- Confirmação da contabilização do conteúdo infundido da NE pelo programa informático;
- Quantidade e contabilização do VRG, bem como se foi reintroduzido ou rejeitado;
- Contabilização de líquidos administrados;
- Sinais de intolerância gastrointestinal;
- Complicações associadas à NE.

6. RESPONSABILIDADES

Conselho de Administração

- Homologar, divulgar e garantir o cumprimento da instrução de trabalho.

Direção de Enfermagem

- Monitorizar o cumprimento da instrução de trabalho;
- Sugerir alterações à instrução de trabalho, sempre que necessário.

Gabinete da Qualidade e Segurança

- Validar a instrução de trabalho;
- Enviar a instrução de trabalho para homologação do Conselho de Administração;
- Monitorizar o cumprimento da instrução de trabalho;
- Sugerir alterações à instrução de trabalho, sempre que necessário.

Responsável do Serviço

- Aplicar a instrução de trabalho;
- Sugerir alterações à instrução de trabalho sempre que necessário.

Enfermeiros

- Cumprir a instrução de trabalho;
- Sugerir alterações à instrução de trabalho, sempre que necessário.

Enfermeiro responsável pela elaboração da instrução de trabalho

- Rever e atualizar a instrução de trabalho sempre que necessário.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Preiser JC, Arabi YM, Berger MM, Casaer M, McClave S, Montejo-González JC, et al. A guide to enteral nutrition in intensive care units: 10 expert tips for the daily practice. *Crit Care*. dezembro de 2021;25(1):424.
2. Hoyois A, Ballarin A, Thomas J, Lheureux O, Preiser J, Coppens E, et al. Nutrition evaluation and management of critically ill patients with COVID-19 during post-intensive care rehabilitation. *J Parenter Enter Nutr*. agosto de 2021;45(6):1153–63.
3. EfCCNa. EfCCNa Position Statement Nurses Responsibilities on Providing Enteral Nutrition to the Critically Ill Patient [Internet]. European federation of Critical Care Nursing associations; 2019. Disponível em: https://www.efccna.org/images/stories/publication/2019_PS_Enteral_Nutrition.pdf
4. Crossfield CL, Russo PL, Bucknall TK. Enteral nutrition feeding practices by intensive care nurses: A retrospective evaluation. *Nurs Crit Care*. setembro de 2022;27(5):676–81.
5. Jiao J, Chen Y, Yang L, Li W, Zhou Z, Li L, et al. Nursing Practice Based on Evidence-Based Concepts to Prevent Enteral Nutrition Complications for Critically Ill Neurosurgical Patients. *Front Surg*. 18 de março de 2022;9:857877.
6. Mooi NM, Ncama BP. Evidence on nutritional therapy practice guidelines and implementation in adult critically ill patients: A systematic scoping review. *Curationis* [Internet]. 13 de dezembro de 2019 [citado 9 de novembro de 2023];42(1). Disponível em: <http://www.curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/1973>
7. Kim H, Chang SJ. Implementing an educational program to improve critical care nurses' enteral nutritional support. *Aust Crit Care*. maio de 2019;32(3):218–22.
8. Hadera T, Worku T, Tuli W. Nurses' Knowledge, Practice, and Associated Factors with Enteral Nutrition in Adult Intensive Care Units of Public Hospitals. 2022;32(2).
9. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. fevereiro de 2017;36(1):49–64.
10. Gvalani SK, Kharat P, Vithani S. Nutrition in ICU Patients. *J Res Innov Anesth*. 17 de julho de 2020;4(2):40–4.
11. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Calder PC, Casaer M, Hiesmayr M, et al. ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr*. setembro de 2023;42(9):1671–89.
12. Akcay K, Suluhan D, Department of Child Health and Diseases Nursing, Health Sciences University Gulhane Faculty of Nursing, Ankara, Turkey, Kesik G, Department of Internal Diseases Nursing, Hacettepe University Faculty of Nursing, Ankara, Turkey, Uzunoglu K, et al. Nursing Practices in Enteral Nutrition. *Clin Sci Nutr* [Internet]. 16 de julho de 2020 [citado 29 de outubro de 2023]; Disponível em: <https://clinscitr.org/en/nursing-practices-in-enteral-nutrition-135735>

13. Berger MM, Reintam-Blaser A, Calder PC, Casaer M, Hiesmayr MJ, Mayer K, et al. Monitoring nutrition in the ICU. *Clin Nutr.* abril de 2019;38(2):584–93.
14. Boullata JI, Carrera AL, Harvey L, Escuro AA, Hudson L, Mays A, et al. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. *J Parenter Enter Nutr.* janeiro de 2017;41(1):15–103.
15. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, et al. 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.). *J Parenter Enter Nutr.* fevereiro de 2016;40(2):159–211.
16. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr.* fevereiro de 2019;38(1):48–79.
17. Boeykens K, Holvoet T, Duysburgh I. Nasogastric tube insertion length measurement and tip verification in adults: a narrative review. *Crit Care.* 18 de agosto de 2023;27(1):317.
18. Tatsumi H. Enteral tolerance in critically ill patients. *J Intensive Care.* dezembro de 2019;7(1):30.
19. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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 - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. 2017.

**APÊNDICE IV – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA UCI:
PADRÕES DE CUIDADOS E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM**

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Local: UCI e *online*

Título: Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem

Grupo: Enfermeiros do serviço da UCI

Data: 22/01/2024

Hora: 17:30 horas

Duração: 01:00 hora

Formadores: Luís Malheiro

Objetivos:

Geral:

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na área da pessoa em situação crítica com nutrição entérica

Específicos:

- Contextualizar a importância da nutrição entérica na pessoa em situação crítica
- Divulgar a Instrução de Trabalho/instrumento de auditoria Nutrição Entérica na UCI: Padrões de cuidados e práticas de enfermagem

Conteúdos/Estratégias	Métodos / Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
1 – Introdução: • Apresentação do formador; • Apresentação do tema e respetivo sumário.	Expositivo	Computador / Multimédia	± 5min. Luís Malheiro

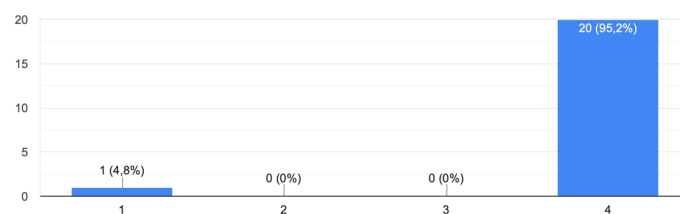
2- Desenvolvimento: Apresentação dos conteúdos teóricos: • Introdução à NE; • Apresentação da IT; • Apresentação do instrumento de auditoria clínica;	Interrogativo/Expositivo/ Demonstrativo	Computador / Multimédia	± 40min. Luís Malheiro
3 – Conclusão: • Resumo e elucidação da temática; • Importância da sistematização dos cuidados no âmbito dos padrões de qualidade	Interrogativo/Expositivo	Computador / Multimédia	± 5min. Luís Malheiro
4 – Esclarecimento de dúvidas e recolha de sugestões			± 10min. Luís Malheiro
Observações: • Aplicado questionário anónimo de satisfação da sessão formativa realizada.			

**APÊNDICE V – RESPOSTAS QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO SESSÃO FORMAÇÃO
NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA UCI: PRADRÕES DE CUIDADOS E PRÁTICAS DE
ENFERMAGEM**

Desenvolvimento da Sessão de Formação:

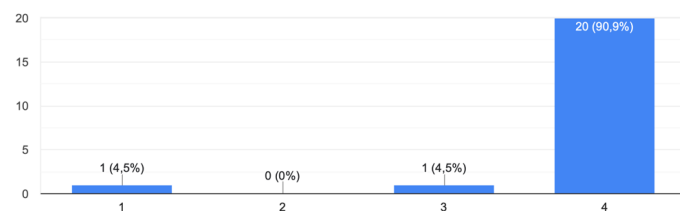
Os objetivos desta sessão foram cumpridos?

21 respostas



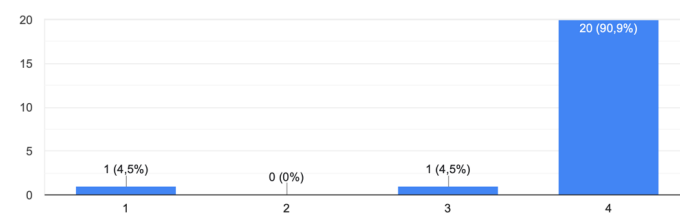
O conteúdo da sessão foi importante para o seu desempenho profissional?

22 respostas



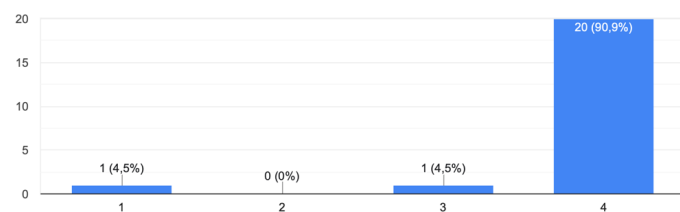
A metodologia foi adequada?

22 respostas



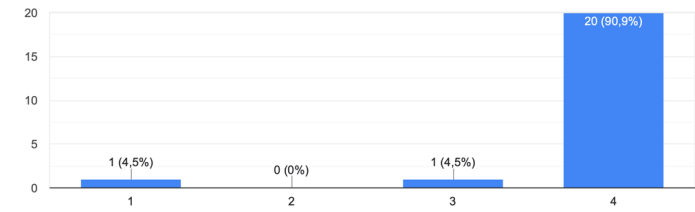
A forma de exposição permitiu uma melhor compreensão?

22 respostas



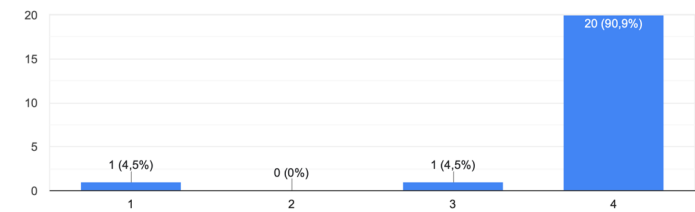
Sentiu-se motivado durante a sessão?

22 respostas



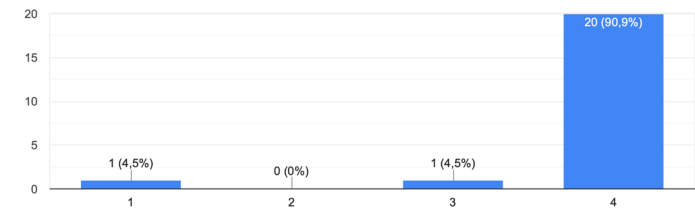
Os meios audiovisuais usados ajudaram a perceber melhor os conteúdos?

22 respostas



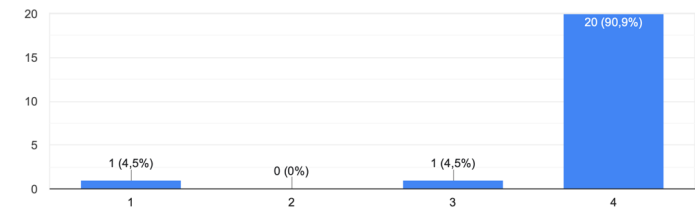
A documentação de suporte foi útil para uma melhor compreensão?

22 respostas



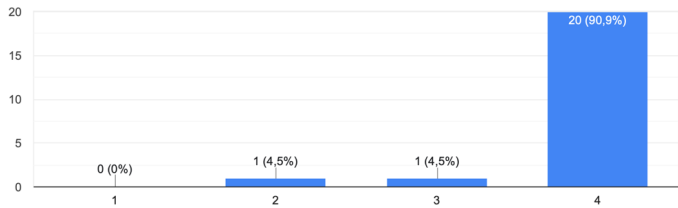
A duração da sessão foi adequada?

22 respostas

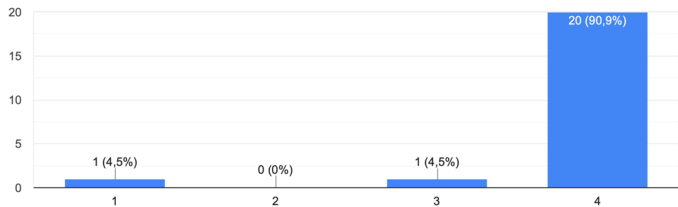


Intervenção do Formador

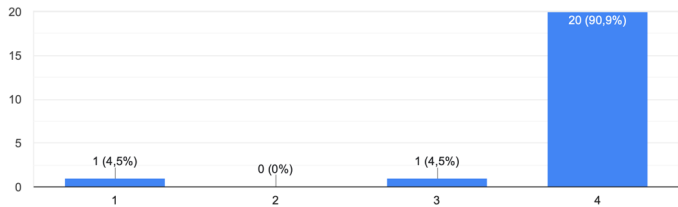
Desenvolveu o tema com clareza?
22 respostas



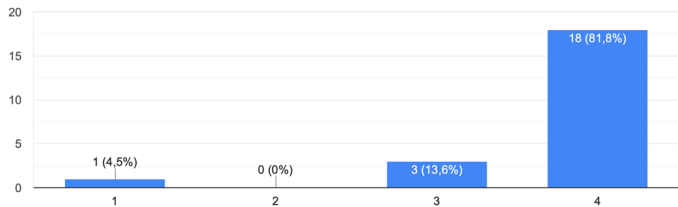
A linguagem utilizada era acessível?
22 respostas



Notou-se empenho em conseguir exprimir bem as ideias?
22 respostas

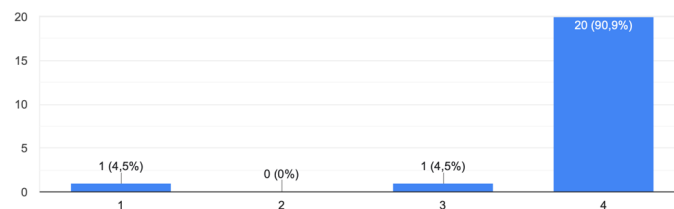


O método utilizado motivou a participação ativa?
22 respostas



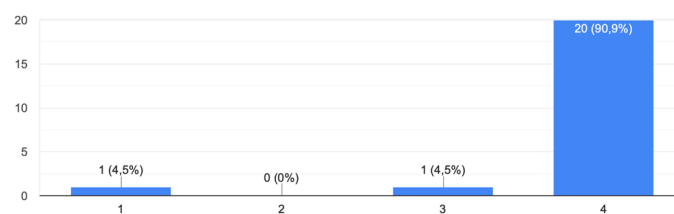
O formador conseguiu um bom relacionamento com o grupo?

22 respostas



O formador gerou confiança entre o grupo?

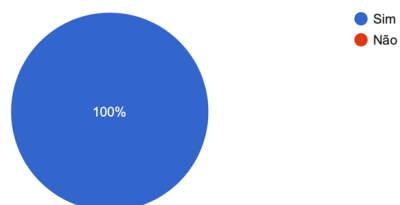
22 respostas



Organização da Formação

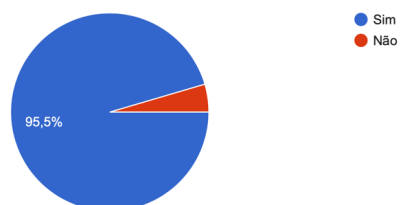
Foi assegurado o material necessário para o decurso da sessão?

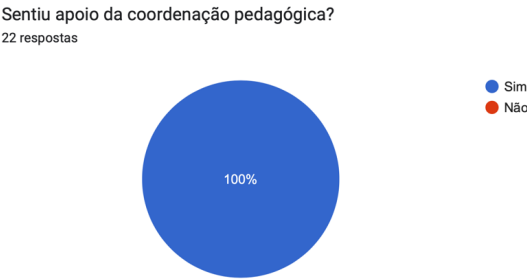
22 respostas



Teve acesso ao programa da sessão?

22 respostas





APÊNDICE VI – GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

PROPOSTA GRELHA AUDITORIA DA IT
Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem

Intervenções/Atitudes	Cumpre	Não Cumpre	Observações
ALIMENTAÇÃO			
SNG ou SOG de calibre adequado à pessoa e ao tipo de dieta			
Bomba infusora para administração de NE em sistema fechado			
Sistema de administração de nutrição entérica específico para a bomba infusora substituído há menos de 24h			
Avaliado a cada 6h o volume residual:			
Cumprida a norma: - Se VRG > 250 mL e < 500 mL e sem outro sinal de intolerância gastrointestinal, deve ser reintroduzido o conteúdo gástrico até 300 mL. Deve também ser reduzido o ritmo de perfusão para metade; - Se VRG ≤ 250 mL, este deve ser reintroduzido e manter o ritmo de perfusão se o objetivo calórico foi atingido ou aumentar o ritmo de perfusão para o dobro até ser atingido o objetivo calórico; - Se VRG > 500 mL a NE deve ser suspensa durante 2h, iniciar medicação.			
Efetuada lavagens da sonda com pelo menos 30ml água a cada 4h			
Prevenção do Risco de Aspiração			
Elevação da cabeça entre os 30° e os 45°			
Higiene oral, pelo menos 2x dia			
Monitorizar a posição da sonda de alimentação pelo menos 1x turno			
MONITORIZAÇÃO DA GLICÉMIA			
Avaliação da glicémia, pelo menos de 4h/4h durante as primeiras 48h			
REGISTOS			
Tipo de acesso gástrico e o nível a que está colocado			
Tipo de fórmula de nutrição entérica que está a ser			

Intervenções/Atitudes	Cumpre	Não Cumpre	Observações
administrada			
Taxa de infusão			
Confirmação da contabilização do conteúdo infundido da NE pelo programa informático			
Quantidade e contabilização do VRG, bem como se foi reintroduzido ou rejeitado			
Contabilização de líquidos administrados			
Sinais de intolerância gastrointestinal			
Complicações associadas à NE			

APÊNDICE VII – INFOGRAFIA NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA UCI: PADRÕES DE CUIDADOS E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem

INÍCIO

Recomenda-se começar a NE até 48h depois da admissão com uma taxa de 10-20 mL/h, aumentado progressivamente até se atingir a meta nutricional proposta, tendo em conta a tolerância gastrointestinal⁽¹³⁾

VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS DE INTOLERÂNCIA GASTROINTESTINAL

Se VRG≤250mL ^(1,11,12,15)	Se VRG>250mL e <500mL ^(11,12) E sem outro sinal de intolerância gastrointestinal	Se VRG>500mL ^(1,11,12,14)
- Reintroduzir conteúdo gástrico; - Manter ritmo de perfusão se objetivo calórico atingido; OU - Aumentar ritmo de perfusão para o dobro até ser atingido o objetivo calórico.	- Reintroduzir conteúdo gástrico até 300 mL; - Recomendado início de medicação procinética; - Reduzir ritmo de perfusão para metade.	- Suspender NE durante 2h; - Iniciar medicação procinética (caso ainda não se tenha iniciado); - Reavaliar.

FÁRMACOS PROCINÉTICOS^(11,15)

Eritromicina (fármaco de primeira linha) → 100-250mg 3x dia

Metoclopramida → 10mg 2-3x dia

Eficácia diminui para 1/3 ao final de 72h

OUTROS SINAIS DE INTOLERÂNCIA GASTROINTESTINAL^(1,12,15)

Náuseas e vômitos; Distensão abdominal; Queixas de dor/desconforto abdominal; VRG elevado; Diarreia; Obstipação; RX abdominal anormal

PREVENÇÃO DO RISCO DE ASPIRAÇÃO

Elevação da cabeça (entre os 30° e os 45°)⁽¹²⁻¹⁵⁾; Trendelenburg reversa⁽¹⁴⁾; Administração de medicação procinética^(13,14,16); Aspiração de secreções da orofaringe⁽¹⁴⁾; NE contínua em vez de intermitente^(11,12,14-16); Utilização de sonda pós-pilórica^(1,11,15,16,18); Diminuição da sedação^(12,14,15); Higiene oral^(11,12,14-16,18); Monitorizar posição da sonda 1x turno^(12,14)

MONITORIZAÇÃO DA GLICÉMIA

Na admissão e de 4h/4h durante as primeiras 48h^(11-13,16)
Em caso de instabilidade deve ser feita com maior frequência

Valor alvo de 110-145 mg/dL^(13,16)

Se = ou >180mg/dL, deve ser administrada insulina conforme o algoritmo disponível no serviço^(11,15,16)

Se suporte nutricional em curso (entérico ou parentérico), a insulina deve ser administrada via EV, com seringa infusora^(11,16)

Preferir sangue arterial ou venoso e utilizar gasómetro ou laboratório sempre que possível⁽¹⁶⁾

Bibliografia:



Elaborado por:

Estudante: En^o Luís Malheiro
Orientador: En^o Esp. Luís Rodrigues
Docente: Prof^a Dr^a Alice Ruivo

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO FORMADOR SBV



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ULSNA 
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
Mais Saúde e Qualidade de Vida.

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL



Certifica-se que **LUÍS CERQUEIRA MALHEIRO** natural de Viana do Castelo nascido/a em 16-12-1984, com o N.º de Cartão de Cidadão 12595834-0ZX5 válido até 21-02-2028, foi Formador/a do Curso de Formação Profissional de "SUPORTE BÁSICO DE VIDA" na ULSNA, EPE no(s) dia(s) 22 de Fevereiro de 2023, com a duração de 04h30 horas.

Portalegre, 10 de janeiro de 2024

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

Alberto Correia
Enfermeiro Geral

(Assinatura e selo branco do 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

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
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 email: admin@ulsna.min-saude.pt www.ulsna.min-saude.pt

ANEXO II – CERTIFICADO CONGRESSO DO DOENTE CRÍTICO 2023



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

Luís Malheiro

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023,
que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16
horas, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pe' A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Ana Raquel Filipe Pimentel

O Presidente da APE

João José Santos Fernandes

João José Santos Fernandes

ANEXO III – CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO POSTER CONFIABILIDADE DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que **Luís Malheiro**, participou como **AUTOR** do **PÓSTER "Confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester"**, com a atribuição do **3º PRÉMIO**, apresentado no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, no Instituto Politécnico de Setúbal -Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pela Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Presidente da Associação Portuguesa de
Enfermeiros

João José Santos Fernandes

**ANEXO IV – CERTIFICADO CURSO DE FORMADOR E AUDITOR DO SISTEMA DE
TRIAGEM DE MANCHESTER**

**CURSO
DE
FORMADOR E AUDITOR DO SISTEMA DE
TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA**

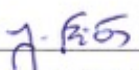
CERTIFICADO

Luís Cerqueira Malheiro

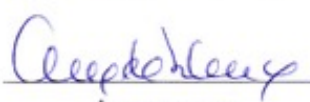
Frequentou com aproveitamento o Curso de Formadores e Auditores do Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência (*Manchester Triage Group Protocol*), realizado na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE., pelo Grupo Português de Triagem a 27 de setembro de 2023, com a duração total de 7 horas.

Amadora, 28 de outubro de 2023

O Coordenador do Curso


José Friães

Grupo Português de Triagem


Ângela Valença

ANEXO V – CERTIFICADO CURSO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Luís Cerqueira MALHEIRO

16/12/1984

Received the ERC qualification
Basic Life Support (BLS)
Provider

In Portalegre, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
lead instructor



Date last course: 14/04/2023

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.
To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-177-928844

ANEXO VI – CERTIFICADO CURSO *INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPORT*



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Luís Cerqueira Malheiro, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
4/23/2023

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 #: 21-ITLS-P2-0202 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

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



369127-51505

Luís Cerqueira Malheiro, 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 **4/23/2023** Expiration Date **04/2026**

Course Number **51505**

Course Location



ANEXO VII – CERTIFICADO CURSO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



Certifica-se que **Luís Cerqueira Malheiro**, nascido(a) em 16/12/1984, com o número de identificação civil ****5834, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 20/05/2023 a 21/05/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 21 de maio de 2023

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



American
Heart
Association®

**AUTHORIZED
TRAINING
CENTER**



ENTIDADE
ACREDITADA
FORMAÇÃO EM
EMERGÊNCIA MÉDICA
E.A. SAV. 5.04.2023



ENTIDADE
FORMADORA
CERTIFICADA



Certificado nº 23034508

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

**ANEXO VIII – CERTIFICADOS FORMAÇÃO EM FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E
CONTROLO DA INFEÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE**



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **LUIS CERQUEIRA MALHEIRO**, natural de Viana do Castelo, nascido(a) em 16-12-1984, com o N.º de Cartão de Cidadão 12595834-0ZX5, válido até 21-02-2028, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE I**, no(s) dia(s) 28 de Novembro de 2023, com a duração de 04h00.

Portalegre, 11 de janeiro de 2024

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

Luís Cerqueira Alves
Responsável pelo Curso
Responsável/Coordenador da Formação
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

Certificado n.º 2267/2023

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
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 email_admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt



PLANO CURRICULAR

Unidades de formação/módulos/outras designações

N.º Horas (Aprox.)

FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO

E CONTROLO DA INFECÇÃO EM

CUIDADOS DE SAÚDE I

04:00

Formação de cariz obrigatório que não constava do plano anual de formação. Estiveram presentes 53 enfermeiros, cerca de 40% presencialmente, os restantes assistiram pelo teams com câmara ligada o que confirma a presença.

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE

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 email_admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

MOD.45.SFIBD.03



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **LUIS CERQUEIRA MALHEIRO**, natural de Viana do Castelo, nascido(a) em 16-12-1984, com o N.º de Cartão de Cidadão 12595834-0ZX5, válido até 21-02-2028, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE II**, no(s) dia(s) 6 de Dezembro de 2023, com a duração de 04h00.

Portalegre, 15 de janeiro de 2024

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

Alberto Correia Alves

Enfermeiro Gestor

Responsável Gestor da Formação

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

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação

Unidade Formativa Acreditada

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

Certificado n.º 2370/2023

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - E.P.E.
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n.º 10-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 email: admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt



PLANO CURRICULAR

Unidades de formação/módulos/outras designações

FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO

E CONTROLO DA INFECÇÃO EM

CUIDADOS DE SAÚDE II

Formação de cariz obrigatório que não fazia parte do plano anual de formação, estiveram presentes 53 enfermeiros, cerca de 50% presencialmente, os restantes via teams com câmara ligada.

N.º Horas
(Aprox.)

04:00

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
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 email_admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

MOD.45.SFIBD.03



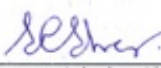
CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **LUIS CERQUEIRA MALHEIRO**, natural de Viana do Castelo, nascido(a) em 16-12-1984, com o N° de Cartão de Cidadão 12595834-0ZX5, válido até 21-02-2028, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE III**, no(s) dia(s) 12 de Dezembro de 2023, com a duração de 04h00.

Portalegre, 22 de janeiro 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 2473/2023

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
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: email: admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

MOD.45.SFIBD.03



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



PLANO CURRICULAR

Unidades de formação/módulos/outras designações

N.º Horas (Aprox.)

FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO

E CONTROLO DA INFECÇÃO EM

CUIDADOS DE SAÚDE III

04:00

Formação de cariz obrigatório que não estava incluída no plano formação, estiveram presentes 53 enfermeiros, 40% em presença física e 60% via teams com câmara ligada.

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE

Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei nº 30-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 email: admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

MOD.45.SFIBD.03