

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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização / Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

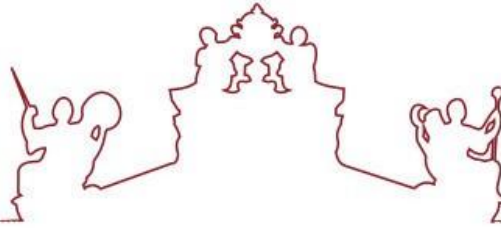
Relatório de Estágio

A alimentação entérica na Pessoa em situação crítica em posição prone: Uma abordagem na perspetiva da Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

Ana Marisa Santana Miranda

Orientador(es) / Hugo Miguel Martins Alves Franco

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização / Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

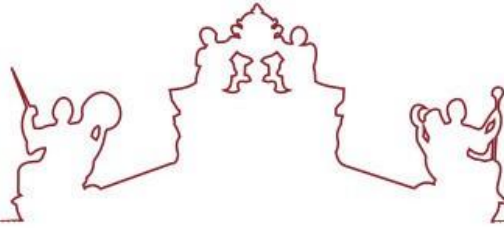
Relatório de Estágio

A alimentação entérica na Pessoa em situação crítica em posição prone: Uma abordagem na perspetiva da Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

Ana Marisa Santana Miranda

Orientador(es) / Hugo Miguel Martins Alves Franco

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente / Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais / Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Hugo Miguel Martins Alves Franco (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

Para a minha Matilde,
que eu possa, de alguma forma, inspirá-la, a ser sempre alguém melhor.

“A imaginação é mais importante que a ciência,
porque a ciência é limitada,
enquanto a imaginação,
abrange o mundo inteiro.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Certa de que o nosso percurso somos nós que o fazemos, sei também, que este pode ser facilitado por aqueles com que nos rodeamos, e por esse motivo, é com profunda gratidão que reconheço quem caminha a meu lado:

Ao meu anterior chefe de equipa, Enfermeiro Pedro Gonçalves, impulsionador deste desafio e que desde o meu primeiro momento como enfermeira, acreditou, motivou e reforçou com o seu positivismo e tranquilidade o potencial que via em mim;

Ao enfermeiro Especialista F. T., por me ter proporcionado momentos de aprendizagem e crescimento profissional, sempre com alento e dedicação.

O meu sincero agradecimento ao meu Professor Orientador Hugo Franco, pela motivação, ideias, total disponibilidade, paciência nos momentos de fraqueza, e toda a ajuda indispensável em todo este processo. Sem ele teria sido muito mais difícil.

À minha amiga de sempre, Guida Amaral, pela disponibilidade e conselhos, e pelo conforto nas horas menos boas.

Ao grupo de trabalho “Especialité”, pelo companheirismo, boa disposição, partilha, apoio mútuo, incentivo e crescimento pessoal e profissional conjunto. Tornaram todo o processo bem mais “leve”.

À “minha equipa”, por acreditarem em mim e me fazerem querer saber mais, para partilhar mais.

Às mulheres da minha vida, Mãe, irmã e sobrinha, por serem permanentes e constantes na minha vida, sendo incondicional o amor que nutro por vós e inquestionável o equilíbrio que trazem à minha vida.

Ao meu companheiro de aventuras, pela paciência, privação, adaptação e dedicação demonstrada ao longo desta fase das nossas vidas, e a quem tanto foi negado o devido tempo e presença.

E por último, à minha Matilde, que me ilumina o caminho todos os dias, e que de forma excepcional lidou com a minha ausência, na promessa de compensação do tempo não vivido.

RESUMO

A evidência determina que doentes com permanência superior a 48 horas no Serviço de Medicina Intensiva devem ser considerados doentes em risco nutricional, referindo a terapêutica nutricional precoce e individualizada como benéfica no prognóstico. No contexto pandémico atual tem-se verificado uma utilização crescente da posição prone como tratamento ao doente com síndrome de dificuldade respiratória aguda, protelando ou descontinuando recorrentemente, o início da alimentação entérica pelos riscos associados à mesma.

A elaboração da revisão Scoping onde se dissemina a evidência dos cuidados especializados do enfermeiro ao doente crítico com alimentação entérica em posição prone numa unidade de cuidados intensivos, tem como perspetiva a melhoria e segurança do cuidar, que corresponde ao foco central de investigação.

Descreve-se como narrativa crítico-reflexiva, em função da pessoa em situação crítica, as práticas desenvolvidas e vivenciadas no percurso enquanto estudante, no processo de desenvolvimento e aquisição de competências de Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Alimentação Entérica, Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda, Posição Prone.

ABSTRACT – Enteric Feeding in Critical Illness patients on a Prone Position: An Approach from the Perspective of Continuous Improvement of Quality and Safety of Care.

Evidence shows that all patients with a stay of more than 48 hours in the Intensive Care Service should be considered as patients at nutritional risk, referring to early and individualized nutritional therapy as beneficial in the prognosis of these patients. In the current pandemic context, there has been an increasing in the use of the prone position as treatment to patients with acute respiratory distress syndrome, delayed or recontinuing on a recurrent, the onset of enteric feeding due to the risks associated with it.

The elaboration of a Scoping review dissected evidence relating to the specialist care of nurses, to the critical patient with enteric feeding in a prone position in an intensive care unit, with the perspective of improvement and safety of care, corresponds to the central focus of research,

It is also described, as a critical-reflexive narrative and depending on the person in critical situation, the practices developed and experienced in the course as a student, in the process of development and acquisition of competencies of Specialist and Master in Medical-Surgical Nursing.

Keywords: Person in Critical Situation; Enteric Feeding, Acute Respiratory Distress Syndrome, Prone Position.

ÍNDICE DE APÊNDICES

	Pág.
APÊNDICE I – Resumo do Artigo	115
APÊNDICE II – Planeamento do Projeto de Intervenção Profissional.....	116
APÊNDICE III – Análise SWOT/Diagnóstico de Situação.....	120
APÊNDICE IV – Ação de Formação em Serviço	123
APÊNDICE V – Póster Informativo.....	129
APÊNDICE VI – Resultados de Avaliação da Sessão de Formação	130
APÊNDICE VII – Proposta de Norma de Procedimento	133

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 – Comprovativo de funções como elo de ligação ao Grupo de Prevenção de UPP.....	151
ANEXO 2 – Regulamento de descrição de funções de chefe de equipa de enfermagem no SUG ...	152
ANEXO 3 – Certificado de Aprovação em SAV	153
ANEXO 4 – Certificado de Aprovação em ITLS	154
ANEXO 5 – Declaração de Participação em Ações de Formação em Serviço	155
ANEXO 6 – Certificado de participação em comunicação livre	156
ANEXO 7 – Declaração de Integração de enfermeiros no SUG.....	157
ANEXO 8 – Declaração de orientação de alunos de enfermagem	158
ANEXO 9 – Certificado de aprovação no Curso Triagem de <i>Manchester</i>	159
ANEXO 10 – Plano de Catástrofe Externo e Interno do CH.....	160
ANEXO 11 – Certificado de Formação em catástrofe	161

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA N.º 1 – Prisma Flow Diagram	53

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
TABELA N.º 1 - Tabela PCC.....	49
TABELA N.º 2 – Tabela de Descritores de Pesquisa	51
TABELA N.º 3 – Tabela de Evidência quanto à eficácia	54
TABELA N.º 4 – Tabela de Síntese de Dados	55
TABELA N.º 5 – Tabela de Síntese de Intervenções de Enfermagem ao doente crítico com alimentação entérica em posição prone.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE – Alimentação Entérica

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADR – Área destinada a atendimento de doentes respiratórios

AO – Assistente Operacional

APA – *American Psychological Association*

ARDS – *Acute Respiratory Distress Syndrome*

ASPEN – *American Society for Parental and Enteral Nutrition*

AVD – Atividade de Vida Diária

BDA – *British Dietetic Association*

BRASPEN – *Brazilian Society of Parental and Enteral Nutrition*

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

COVID – 19 - *Coronavirus Disease 2019*

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

EPI – Equipamento de proteção individual

ESPEN – *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*

GCLPCIRA – Grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de Infeções e de resistência aos antimicrobianos

IACS – Infeções associadas aos Cuidados de Saúde

IRA – Insuficiência Respiratória Aguda

ITLS – International Trauma Life Support

JBI – *Joanna Briggs Institute*

ml – Mililitros

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina

N.º - Número

NE – Nutrição Entérica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População, Conceito e Contexto

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PiCCO – *Pulse Contour Cardiac Output* (Contorno de pulso de débito cardíaco)

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PNCD – Plano Nacional para a Segurança dos doentes

PNCI – Plano Nacional de Prevenção de Controlo de Infeção

PP – Posição Prone

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA – Solução Anti-Séptica de Base Alcoólica

SARS-CoV-2 – *Coronavirus Disease 2019*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNG – Sonda Naso-Gástrica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUG – Serviço de Urgência Geral

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Treats* (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças)

TOT – Tubo Oro Traqueal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UIPA – Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

UPP – Úlceras por pressão

VGR – Volume Gástrico Residual

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VVAVC – Via verde acidente vascular cerebra

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	20
1.2. Caraterização Da UCI	23
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	29
2.1. Teoria Da Incerteza Na Doença – Modelo Teórico De Merle Mishel	30
2.2. A Alimentação Entérica No Doente Critico Em Posição Prone Em UCI.....	36
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	44
3.1. Diagnóstico da Situação.....	46
3.2. Planeamento E Execução	68
3.3. Avaliação	69
3.4. Limitações	70
3.5. As Intervenções Especializadas Do Enfermeiro Na Alimentação Entérica AoDoente Critico Em Posição Prone.	70
4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	72
4.1. De Iniciado A Perito: Modelo De Patricia Benner.....	73
4.2. Análise Reflexiva Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista EMestre Em Enfermagem	75
4.3. Análise Reflexiva Das Competências Especificas Do Enfermeiro Especialista EmEnfermagem Médico-Cirúrgica E Mestre Em Enfermagem.....	91
CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES	114
ANEXOS.....	150

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, inserida no 3º semestre do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) - A Pessoa em Situação Crítica (PSC), a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora entre 2020/2022, em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, surge o presente Relatório.

O Relatório é uma narrativa com vista a apresentação e descrição das atividades desenvolvidas e vivenciadas durante os estágios, em consonância com uma análise crítica e reflexiva sobre as mesmas, sustentado num pensamento teórico de Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p.4)

O desenvolvimento deste relatório tem como objetivo, a reflexão crítica sobre as práticas no percurso enquanto estudante e que envolve dois domínios: *As competências de Investigação*, que dizem respeito ao desenvolvimento de um projeto assente na metodologia de projeto de investigação e que aqui foi retratado através de uma revisão Scoping com a temática: “A Alimentação Entérica na Pessoa em Situação Crítica em posição prone: Uma abordagem na perspetiva da Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança dos Cuidados”, tendo sido selecionado como referencial teórico no desenvolvimento deste projeto a abordagem da temática em questão à luz da Teoria da incerteza na Doença de Merle Mishel, que se encontra analisada aprofundadamente no enquadramento conceptual deste relatório.

O segundo domínio correspondente às *competências clínicas* em que se visam a aquisição e desenvolvimento de competências para obtenção dos títulos de enfermeiro especialista e mestre em EMC.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), (2021), no documento emitido no que concerne às recomendações para o estágio e relatório de componente clínica dos ciclos dos estudos dos Mestrados em Enfermagem, este documento surge como um instrumento de avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição de competências bem como o seu desenvolvimento uma vez que consiste num relato sob a forma de reflexão crítica, objetiva e pormenorizada, contextualizada nas atividades desenvolvidas ao longo do percurso do estudante. (OE, 2021, p.2).

O Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto de 2018, emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, refere que, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem: “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2 — O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, Artigo 15, p. 4162).

Segundo o Regulamento de Relatório e Estágio Final dos Mestrados em Enfermagem, os objetivos delineados para adquirir a competência de Mestre são:

- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- Promover a melhoria da qualidade aos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
- Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática linear;
- Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Já o Artigo 20º do Decreto-Lei supramencionado acrescenta que o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre integra:

“a) Um curso de especialização, constituído por um conjunto organizado de unidades curriculares, denominado curso de mestrado (...); b) Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto (...) ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, Artigo 20, p. 4164).

Neste contexto e com vista à aquisição dessas competências foram programadas e realizadas diversas atividades no contexto da UC de Estágio Final, com vista à obtenção e desenvolvimento e

consolidação de competências de enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.

O estágio, que decorreu entre setembro de 2021 e janeiro de 2022, realizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), num hospital da margem sul do Tejo, e onde essencialmente se prestam cuidados a doentes de nível III e que correspondem aos “(...) doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico”. (Paiva et al, 2017, p.8)

Este estágio decorreu sob orientação de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com a supervisão pedagógica do professor Hugo Franco, Mestre em Enfermagem, e contou com cerca de 344 horas de contacto.

Para além do estágio, a estudante participou também em inúmeras formações, de forma a enriquecer e consolidar as competências de Enfermeiro Especialista (EE) em EMC.

Ressalva-se que a estudante não realizou o estágio 1 por devida prova de experiência profissional, em contexto de Urgência Geral médico-cirúrgica, sendo-lhe concedida a equivalência à UC.

Segundo o Planeamento da UC de Estágio Final, os objetivos de aprendizagem definidos para o Estágio Final foram os seguintes:

- Integrar princípios das teorias e modelos conceituais em EMC no processo de cuidados à PSC e/ou falência orgânica;
- Desenvolver a prática clínica à PSC e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colaborar em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participar na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores enormes deontológicas;
- Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

O enfermeiro especialista busca a excelência na assistência à saúde, contribuindo para várias iniciativas com vista a melhorar a qualidade do cuidado, sendo este definido como “(...) o grau em que os serviços de saúde prestados ao indivíduo e às populações aumenta a probabilidade de se atingir os

resultados desejados em saúde e é consistente com o conhecimento profissional atual.” (Larrabee, 2011, p. 14, citando *Institute of Medicine*).

Neste ponto de vista, o enfermeiro tem como meta, fornecer o melhor cuidado assistencial ao utente que se encontra ao seu cuidado, significando assim um desafio constante á sua prática, considerando-se como essencial o estudo permanente na procura pela evidência e na procura pelo desenvolvimento de intervenções, quer autónomas, quer interdependentes que visem o aporte calórico adequado e essencial no doente em estado crítico, mesmo em posição de prone. Esta procura pelo conhecimento, foi crucial no desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e de Mestre, traduzindo-se em intervenções especializadas de enfermagem, promovendo a melhoria contínua de qualidade e segurança dos cuidados.

Posto isto, este relatório tem como objetivo geral:

- Apresentar de forma crítico/reflexiva a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC e de Mestre, desenvolvidas no decorrer do percurso do Mestrado.

Como objetivos específicos, procurou-se:

- Difundir o projeto de investigação desenvolvido ao longo do estágio, no âmbito dos cuidados especializados do enfermeiro, ao doente crítico com alimentação entérica e posição prone em UCI.

- Descrever as atividades desenvolvidas, com vista á aquisição de competências.

- Apresentar o referencial teórico no qual nos fundamentamos para a realização deste relatório;

- Refletir e analisar sobre as competências adquiridas e desenvolvidas no que concerne às competências comuns, e específicas do EEEMC -PSC e de Mestre em Enfermagem.

Este relatório será apresentado em 4 capítulos: *Caracterização do contexto clínico* onde se reflete sobre a importância do ensino clínico como promotor da aquisição de competências, caracteriza a instituição, e o serviço que acolheu a estudante, nomeadamente quanto á missão, população alvo, estrutura física, equipamentos e por último os recursos humanos.

O segundo capítulo diz respeito ao *Enquadramento Teórico e Conceptual*, onde se explicita o referencial teórico relativo à EMC, seguido da contextualização da problemática em estudo, nomeadamente a alimentação entérica (AE) no doente crítico em Posição prone (PP): Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança dos Cuidados.

No terceiro capítulo que se intitula de *Projeto de Intervenção profissional (PIP)*, explana-se uma referência teórica à metodologia utilizada no nosso PIP, e que diz respeito á elaboração de uma revisão *Scoping* apresentando os aspetos metodológicos, resultados, e interpretação dos mesmos

referindo ainda as limitações encontradas e finalizando com uma reflexão/resultados encontrados no que concerne às intervenções especializadas do enfermeiro na AE no doente crítico em PP.

O quarto capítulo, *análise reflexiva de aquisição de competências*, apresenta, tal como o nome indica, uma reflexão crítica, onde se elucida para as atividades desenvolvidas em estágio, e também as vivências decorrentes da experiência profissional prévia, como forma de desenvolvimento, aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do EE em PSC e Mestre em EMC.

Segue-se a conclusão, onde são explorados os aspetos considerados mais relevantes, as dificuldades encontradas e as considerações sobre o cumprimento dos objetivos propostos e a aprendizagem propriamente dita.

Este Relatório segue as normas de formatação da Universidade de Évora e as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição, tendo sido redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O estágio diz respeito a uma fase fundamental no percurso de um estudante, uma vez tratar-se de:

“(…) uma fase crucial no percurso formativo dos estudantes, (…), pelas aprendizagens que proporciona, facilitadoras da aquisição e consolidação de conhecimento e promotoras da socialização à profissão e da formação da identidade profissional” (Ramos e Nunes 2017, p. 1019)

O contexto de estágio possibilita o desenvolvimento de competências ao nível de variadas áreas, sendo essencial para o desenvolvimento de capacidades crítico-reflexivas, assim como competências de comunicação, escuta ativa e sensibilidade no cuidar, estimulando a criatividade e a prática social no seio da equipa multidisciplinar, levando a uma maior integração de saberes. (Ramos e Nunes, 2017).

Nesta linha de pensamento considera-se o estágio realizado pela estudante essencial para a aquisição e consolidação de conhecimentos, constituindo assim uma ferramenta necessária para a construção de um conhecimento científico.

É relevante definir e caracterizar o serviço onde decorreu o Estágio Final, assim como a instituição que acolheu a estudante, proporcionando a aquisição e consolidação das competências de Especialista em enfermagem Médico-cirúrgica em PSC, bem como Mestre em Enfermagem e refletidas em capítulo próprio.

De ressaltar a importância da contextualização temporal em que decorreu o estágio, sendo que, foi declarada Pandemia por COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a 11 de março de 2020, altura coincidente com todo o processo académico da estudante.

Do inglês *Corona virus disease 2019*, “doença de coronavírus 2019”, (ano em que foi identificado o primeiro surto da doença (Direção Geral de Saúde, 2020), o COVID-19, trata-se de um novo coronavírus também designado SARS-CoV-2 que foi reportado pela primeira vez em 31 de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, China. (DGS, 2020)

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), (2020), a fonte de infeção é de provável transmissão zoonótica, presumindo-se ser essa a fonte na introdução na espécie humana.

O COVID-19 transmite-se pessoa-a-pessoa por contacto próximo com pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 (transmissão direta), ou através do contacto com superfícies e objetos contaminados (transmissão indireta). De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention*, os sinais e sintomas de COVID-19 variam em gravidade, desde a ausência de sintomas (assintomáticos) até à evolução para casos mais graves, como a pneumonia grave, Insuficiência Respiratória Aguda (IRA), septicémia, choque séptico e eventual morte.

Destaca-se um período muito delicado e exigente para o país e para o mundo em geral. Tratou-se de um período que exigiu aos profissionais de saúde, uma perseverança, dedicação e capacidade de adaptação nunca antes visto ou previsto, este flagelo levou a um aumento de fluxo de doentes às unidades hospitalares a um nível catastrófico, levando à sobrelotação das unidades de saúde, e ativação de níveis de catástrofe em muitas dessas instituições, na tentativa de dar resposta às necessidades da população.

Este contexto levou também à procura de conhecimento baseado na evidência, que, no entanto, na situação especificada era também desconhecida. As equipas de saúde foram adaptando a prática à medida que a evidência ia surgindo, levando à procura constante e atual, dessa mesma evidência, garantido a segurança e qualidade dos cuidados ao doente, elaborando e fundamentando estratégias associadas ao contexto da prestação de cuidados, assegurando a eficácia dos mesmos.

A adaptação de técnicas e terapêuticas dirigidas e adequadas com vista à recuperação dos doentes, com afeção de doença grave a SARS-CoV-2, como o Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS) levou à implementação de técnicas antigas, que se encontravam em desuso, mas que, no entanto, a evidência atual mostrou ser eficaz na recuperação destes doentes, nomeadamente a colocação dos doentes com esta patologia em PP, conforme descrevemos, na revisão scoping, realizada em contexto da UC Estágio Final e onde se cita:

“Descrito em literatura, estão vários estudos que apontam para a melhoria significativa de pacientes que sofrem desta patologia, quando colocados em PP, sendo que esta técnica leva à melhoria da oxigenação em cerca de 70% a 80%, e levando à manutenção da mesma, de forma parcial aquando colocado em posição supina, sendo ainda, uma mais-valia, as raras complicações”. (Machado, L., *et al*, 2020).

Esta situação despertou interesse na estudante, no que concerne ao doente crítico em PP, constatando através de pesquisa geral que o aporte calórico deste doentes, era muitas vezes descurado, pelos riscos da AE associados ao seu uso, concomitante a bloqueadores neuromusculares e sedativos, levando a estudante a proceder a uma análise mais minuciosa de forma a apurar a pertinência da problemática ao seu contexto de estágio.

O estágio decorreu numa instituição de Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que será enunciado como Centro Hospitalar (CH) da Margem Sul, assegurando assim a privacidade e anonimato da mesma bem como dos seus profissionais.

O serviço de intervenção foi a UCI, e de acordo com o Planeamento da UC Estágio Final, este teve como metodologia a prática clínica com orientação de um EE em enfermagem médico-cirúrgica e com a supervisão pedagógica de um professor especialista na área, que incentivasse à reflexão e à

investigação de conhecimento baseado na evidência.

Para Amaral e Figueiredo (2020, p. 2) citando Ramos e Nunes (2017) o estudante é acompanhado neste percurso específico por um professor, que se mantém como presença constante e um orientador clínico, sendo a responsabilidade pelo seu desenvolvimento e avaliação, partilhada. As autoras referem que “(...) esta dinâmica entre o estudante e o enfermeiro orientador é fundamental para a aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências.”

Foi neste contexto que se desenvolveu o PIP da estudante, com o enfoque numa problemática detetada e pertinente para o contexto acima descrito.

Este Relatório constitui uma análise reflexiva acerca do processo de desenvolvimento de competências e que cursou ao longo de cerca de um ano e meio, sendo este estágio o término deste percurso, e que decorreu, no período compreendido entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022.

Posto isto, segue-se uma breve caracterização da Instituição e da UCI onde decorreu o Estágio Final, e que foi realizada através do acesso ao portal da intranet da instituição e ao Manual de Integração do Serviço.

Ressalva-se que, no que concerne à UC Estágio 1, a estudante obteve creditação, pela experiência profissional comprovada em Urgência.

1.1. Caracterização Do Centro Hospitalar

O estágio Final decorreu num CH integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e que serve uma população de mais de 213 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2011. (CH Margem Sul, consultado em 02/2022)

Inaugurado em 1985, o CH a Sul do Tejo é constituído por dois hospitais com proximidade geográfica entre si, inicialmente com funcionamento autónomo, mas em fusão desde o ano de 2009. Presta assistência ao nível do internamento, consulta externa, Urgência médico-cirúrgica, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e assegurando praticamente todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica daí decorrentes. A instituição foi crescendo ao longo dos anos e conta atualmente com a lotação de 500 camas e dispõe de cerca de 35 valências clínicas.

Tem como missão:

“(...) a prestação de Cuidados de Saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.” (CH Margem Sul, consultado em 02/2022, p.1).

Visa ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional, primando pelos valores de humanização e não discriminação, respeito pela dignidade individual de cada doente, atualização face aos avanços da investigação e da ciência, excelência técnico-profissional; ética profissional, promoção da multidisciplinariedade e respeito pelo ambiente. (CH Margem Sul, consultado em 02/2022, p.1).

1.2. Caracterização Da UCI

O estágio final, aconteceu numa unidade de internamento com tipologia de camas de Nível III.

Paiva et al (2017, p. 7) define a tipologia de cama de nível III, habitualmente designadas de intensivas, como as indicadas para “(...) doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico;”. Já as camas de nível II e vulgarmente designadas de intermédias, devem ser destinadas “(...) a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva.” (Ibidem, 2017, p.8).

Inaugurada em 1991, esta unidade encontra-se no piso 1 do CH da margem Sul, e está estrategicamente localizada em continuidade com o Bloco Operatório, Serviço de Urgência geral (SUG) e imagiologia, de acordo com o disposto nas Recomendações Técnicas para Instalações de Cuidados Intensivos (Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS], 2013, p. 2) e que se passa a citar:

“Os serviços com os quais os cuidados intensivos mais se relacionam e com as quais deve ser mantida uma relação de continuidade são o bloco operatório e a radiologia. Os cuidados intensivos devem ter uma relação de proximidade com as urgências e comunicação fácil com a radiologia, os internamentos e as unidades de cuidados pós anestésicos (UCPA)” (ACSS, 2013, p.2).

De salientar que, a estrutura física atual da UCI, poderá não estar em conformidade com a existente no final do estágio, uma vez que a estrutura física da UCI sofreu obras de reestruturação e ampliação, levando à sua deslocalização para a Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA) do SUG.

1.2.1. Caracterização da UCI: missão e população alvo

Esta unidade tem como missão primar pelo cuidado ao doente crítico impondo decisões estabelecidas em critérios de qualidade, eficácia, e eficiência, com a garantia pelo exercício ético da

medicina nos limites da função orgânica. Não descurando a reintegração social dos sobreviventes, sendo este tema, alvo de preocupações de índole ética e social, e essenciais para as boas práticas, tornando o serviço de medicina intensiva o exemplo no que concerne a abordagem ao doente crítico como um todo. (Paiva et al, 2017).

Admite doentes de juízo médico, cirúrgico e orto traumatológicos, sendo assim designada de polivalente. Estes doentes provêm de vários serviços do hospital, assim como de outras instituições de saúde, que não detenham no momento, condições de tratamento em Medicina Intensiva, necessários à manutenção da vida desses doentes, ou que não detenham de todo, a especialidade de Medicina Intensiva.

Segundo indicação da ACSS (09/2013, p. 2):

“Os Serviços de Medicina Intensiva destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado.”

Já o ramo da Medicina Intensiva é definido pela mesma entidade em documento mais atual (ACSS, 2017) como:

“(…) uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).” (Paiva et al, 2017, p. 6)

São os intensivistas que assumem a responsabilidade por estes doentes, sendo livres de decidir acerca da sua admissão nestas unidades altamente especializadas, assim como a planificação e priorização dos cuidados aos mesmos, definindo limites éticos de intervenção independente da articulação com outros profissionais implicados no acompanhamento a estes doentes e à participação de doente e família nessa definição estratégica. (ACSS, 2017)

1.2.2. Caracterização da UCI: estrutura e equipamentos

No que concerne à estrutura física de uma UCI esta deve ser minuciosamente pensada, uma vez que o ambiente também é um elemento de relevância na recuperação e bem-estado do doente crítico, conforme transcrito:

“A qualidade do ambiente, das instalações e dos equipamentos de uma unidade de cuidados intensivos podem tornar-se fator relevante para a cura e bem-estar do doente, quer de forma direta, quer de forma indireta, pela melhoria da eficiência e bem-estar do pessoal que os assiste.” (ACSS, 09/2013, p. 1)

A estrutura da UCI do contexto de estágio caracteriza-se da seguinte forma:

À entrada da unidade existe um pequeno hall, com uma pequena sala na lateral que é utilizada como sala de espera para as visitas ou como sala para comunicação de notícias aos familiares, e que tem lá dentro umas cadeiras e uma pequena secretária de apoio. Este pequeno hall tem ligação com o gabinete da secretária de Unidade.

Ultrapassando esse hall, do lado direito, está presente uma sala mais ampla munida de uma mesa com dimensão considerável e três secretárias contíguas com computadores e material necessário aos registos dos doentes, e que é denominada de sala de reuniões/gabinete médico. Ainda dentro desta sala existe uma casa de banho para profissionais. Do lado esquerdo fica a copa, uma casa de banho de utilização exclusiva para o pessoal e a sala de sujos. Continuamente à sala de sujos, fica a sala de lavagem de material, gabinete da Enfermeira Coordenadora da UCI, e um corredor que dá acesso a uma sala de arrumos, onde é alocado o equipamento, como os ventiladores, monitores, equipamento de técnica de substituição de função renal, ecógrafos, bombas de alimentação entérica, seringas infusoras, assim como o material de consumo, limpo e estéril.

O corredor termina com a zona de cacifos, para profissionais, que se encontra subdividida por esses mesmos cacifos de forma a assegurar a privacidade dos homens e mulheres.

A área reservada aos cuidados fica em frente ao hall de entrada e privatizada por duas portas de vidro opacas, garantindo a privacidade dos doentes e profissionais.

Ainda após o hall, do lado direito e contíguo à sala de reuniões existe uma pequena sala subdividida por uma parede, mas que permite passagem, de uma sala para outra, e que corresponde à farmácia e sala de trabalho de enfermagem.

A sala de trabalho de enfermagem, fica separada da área de cuidados por um vidro integral, incolor que permite a vigilância dos doentes.

A área de cuidados corresponde a uma unidade aberta, retangular com área extensa e que aloca cinco unidades individuais e separadas por cortinas. Duas unidades do lado direito, duas unidades no lado esquerdo e uma unidade central, esta, fechada, e que funciona também como unidade de isolamento.

No que concerne à unidade do doente, esta compreende uma cama articulada e preparada para realização de RX, com dois suportes de soros, colchão de pressões alternadas; um monitor multiparâmetros com monitorização central; uma coluna de apoio com tomadas elétricas, duas

rampas de oxigénio, aspiração, vácuo e ar comprimido;

Cada unidade tem ainda um carro de apoio com todo o material necessário aos cuidados ao doente e que inclui roupa de cama e de material de higiene, além do material de consumo, (agulhas, seringas, lençóis, solutos, etc.); uma solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) e uma mesa de registos/apoio.

A unidade do doente está ainda equipada com um ventilador que está agregado a uma mesa possível de transportar e que tem no seu interior todo o material necessário aos cuidados ao doente com ventilação mecânica invasiva (VMI), (traqueias, filtros, luvas estéreis, sonda de aspiração, luva palhaço, etc.)

Na zona central periférica, encontra-se o posto de enfermagem, que fica junto á sala de trabalho (na zona externa á divisória de vidro integral) e que conta com o posto centralizado de monitorização e com uma secretária grande o suficiente para agregar quatro postos de registos.

Este posto, foi ali colocado estrategicamente, para garantir aos profissionais uma vigilância total e permanente de toda a área de cuidados, e que vai de acordo com o estipulado no documento emitido, referente à organização estrutural de uma UCI e que nos diz que:

“Cada modulo de cuidados intensivos deve ter um posto de vigilância centralizada e registo implantado em posição central de forma a favorecer a visualização e acesso imediato aos doentes. Próximo do posto de vigilância centralizada devem ficar os locais de trabalho de enfermagem inerentes à unidade em que se integram. Devem ser privilegiadas as organizações em boxes individuais.” (ACSS, 09/2013, p.2)

Relembra-se que a UCI em questão se encontra à data de término de estágio, já praticamente concluída e em processo de operacionalização, destacando que a mobilização de material e plano de ação para a nova UCI, decorre durante o estágio. As novas instalações contam com o aumento do número de camas, de cinco unidades para oito, estando ainda programada a admissão de mais 4 doentes de intermédios para o espaço físico que atualmente aloca a UCI.

Trata-se de um novo serviço, completamente modernizado, com sistema de domótica, detentor de unidades individuais todas divididas por vidro integral, e com capacidade de privatização de cada box individualmente. Cada uma das box apresenta janela opaca que permite a entrada de luz natural, e apresenta na sua composição central, duas torres suspensas com todas as funcionalidades necessárias à constituição de uma unidade de cuidados intensivos, nomeadamente tomadas elétricas, rampas de oxigénio, aspiração, vácuo e ar comprimido, monitor multifunções, e seringas infusoras.

Também o posto de vigilância/enfermagem se encontra de frente para as box e em frente á zona de trabalho, garantindo uma visão completa e livre sobre todas as unidades.

De evidenciar que toda a unidade se encontra com acesso controlado por sistema de videovigilância e automatizado, sendo o acesso a toda a UCI, manipulado com segurança e eficácia, garantindo os cuidados seguros ao doente crítico.

1.2.3. Caracterização da UCI: recursos humanos

No que concerne aos recursos humanos de uma UCI, a equipa multidisciplinar engloba:

- Uma secretária de unidade, com horário de expediente de segunda a sexta-feira das 09:00 às 17:00 horas, e que assegura todas as funções burocráticas da unidade, nomeadamente: processos, registos de entradas e saídas de doentes, óbitos, transferências, pedidos de exames, pedidos de transportes entre outras atividades inerentes à função.
- Equipa de limpeza, assegurada por um elemento, em permanência nas manhãs, durante os sete dias da semana. No período seguinte e até as 23h, existe um piquete de limpeza que é ativado telefonicamente sempre que necessário.
- Um fisioterapeuta, que não é exclusivo da unidade, mas que atua com a equipa multidisciplinar, de segunda e sexta-feira, no horário da manhã.
- Um dietista, que atua na planificação/adaptação de protocolos e planos dietéticos personalizados aos doente, e que se encontra disponível de segunda a sexta-feira, no horário da manhã.
- Equipa médica, constituída por seis médicos, dois deles intensivistas, sendo que um destes médicos assume a função de diretor clínico do serviço em questão, um terceiro em frequência de especialidade de intensivista, mas com especialidade de base de Medicina interna, e os outros três com especialidade de Medicina Interna e Pneumologia respetivamente. A equipa assegura a permanência médica nas 24 horas, de forma rotativa entre si.

Segundo a DGS no documento sobre UCI, recomendações para o seu desenvolvimento (2003, p.20): “Nos Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos, a relação entre o número de especialistas de Medicina Intensiva por número de camas de cuidados intensivos deve ser, no mínimo, de: quatro médicos para seis camas (...)”

- Equipa de Assistentes Operacionais (AO), integrada por doze elementos, um em horário fixo, responsável pela esterilização, reposição/gestão de Stock de material no serviço, bem como a gestão de burocracias e interação com outros serviços de apoio à UCI. Os restantes elementos, com horários rotativos, assegurando a permanência de três, AO no turno da manhã, dois AO, no turno da tarde e um AO na noite.

- Equipa de Enfermagem:

Conforme DGS em regulamento próprio (2003, p.36), deve existir o rácio de “(...) no mínimo,

um enfermeiro por cada duas camas (necessários, no mínimo, 4 ou 5 enfermeiros por cama, conforme o horário praticado, para garantirem a escala de serviço.)”

Assim a equipa de enfermagem da unidade é constituída por vinte e sete enfermeiros. Dois enfermeiros a exercer funções de gestão, com horário fixo, nomeadamente a enfermeira coordenadora, e o enfermeiro, 2º elemento, e que apoia na gestão. Os restantes vinte e cinco enfermeiros, encontram-se em horário rotativo e agrupados em equipas. Existem seis equipas de enfermagem, cada equipa dispõe de um chefe de equipa, que corresponde àquele com mais experiência/tempo de serviço e detentor de uma especialidade em enfermagem. É este elemento que assume a responsabilidade pelo serviço na ausência do responsável pelo mesmo, assumindo o papel de gestor, prestando, no entanto, sempre que necessário, os cuidados diretos aos utentes internados neste serviço.

A equipa de enfermagem da UCI em questão, detém de dezasseis enfermeiros especialistas, nove em Enfermagem de Reabilitação e sete em Enfermagem MC, dos quais seis na área de PSC e um na área de pessoa idosa.

Em cada turno existem no mínimo três enfermeiros, sendo a sua distribuição pelos doentes, função do chefe de equipa, que faz essa mesma distribuição fundamentado pelo grau de dependência e gravidade de doença do utente.

A unidade adota o método de trabalho de enfermeiro responsável pela prestação de cuidados gerais ao (s) doente(s) que lhe é atribuído, seguindo o modelo conceptual de Nancy Roper, este modelo implica a responsabilidade do enfermeiro deter um conhecimento aprofundado acerca do doente, tendo a visão do doente como um todo, assumindo a individualidade da existência como produto da interação dos quatro conceitos deste modelo: As doze atividades de vida diária (AVD), o ciclo vital, o continuum dependência/independência e os fatores que influenciam os restantes conceitos, favorecendo os cuidados individualizados. (Alligood & Tomey, 2004).

A equipa de enfermagem realiza os seus registos utilizando o programa informático SClínico, acessível em todos os computadores da unidade através do portal do CH. Este programa rege-se segundo a linguagem definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A admissão do doente na UCI, requer uma avaliação inicial que deve acontecer até às 24h de entrada do doente, assim como este é o tempo alvo para planeamento de esquema terapêutico, intervenções médicas e de enfermagem, garantindo a sua monitorização/prescrição e registo no respetivo programa.

São levantados e programados os diagnósticos de enfermagem bem como as intervenções de enfermagem e atitudes terapêuticas associadas a cada diagnóstico. Estes diagnósticos são dinâmicos, sendo o enfermeiro responsável pela sua atualização constante, adaptando as intervenções às

necessidades do doente conforme a sua evolução. O enfermeiro procede ainda a um registo escrito como nota geral, de forma a garantir uma consulta eficiente do estado/evolução do doente, promovendo assim a continuidade de cuidados especializados ao doente.

Esta planificação de cuidados é atualizada a cada turno, pelo enfermeiro responsável pelo doente.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A atual Enfermagem enquanto ciência, em nada é semelhante à enfermagem enquanto profissão do século XIX, sendo visível a sua evolução temporal não só em termos históricos, mas também no que diz respeito à evolução comportamental do enfermeiro atual, que através da prática reflexiva e fundamentação das suas práticas baseadas nas evidências, contribui cada vez mais para um cuidar especializado e individualizado, tentando desta forma obter a excelência nos cuidados.

Remetendo ao passado da profissão, muito do que era feito, apesar de visar os melhores cuidados, não era registado, assim como não se documentavam os resultados obtidos de determinada intervenção, de forma a averiguar a sua eficácia. A mudança de atitude face ao exposto, pressupôs uma das primeiras mudanças para a evolução da enfermagem como profissão e como ciência. (Tomey & Alligood, 2004, p. 3).

Na prática, a “(...) evolução das teorias de enfermagem tem sido uma procura da essência da enfermagem.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 1), no seguimento, a enfermagem atual, age tendo por base os quatro conceitos fundamentais que definem a disciplina, nomeadamente os metaparadigmas de Enfermagem: a pessoa, o ambiente, a saúde e o cuidado de enfermagem.

Metaparadigma é assim entendido como o nível mais abstrato do conhecimento, funcionando assim como os fatores determinantes nos conceitos que envolvem a disciplina de enfermagem. (Tomey & Alligood, 2004). Neste contexto, a enfermagem teve a sua evolução, através da construção de modelos conceptuais que evoluíram no tempo para teorias de medio alcance ou grandes teorias.

Configura-se assim, essencial o enquadramento teórico e conceptual do domínio identificado e estudado, definindo conceitos, com base na evidência encontrada, promovendo desta forma a atualização dessa mesma evidência, contextualizando os elementos estudados com recurso aos princípios de uma teoria de enfermagem.

Após uma aprofundada revisão da literatura sobre a temática da AE no doente crítico em PP, constatámos que a situação de doença que induz a pessoa a ingressar numa UCI, é indissociável do sentimento de incerteza perante a fragilidade do estado de saúde, na pessoa, e família considerados como centrais na arte do cuidar, pelo que se considera capital o seu enquadramento epistemológico

à luz da Teoria da incerteza na doença de Merle Mishel.

A pessoa que se depara com a doença crítica,

“(…) tem associado a si a ideia de interrupção do processo de vida e da incerteza face à resposta terapêutica. A imprevisibilidade dos factos e dos acontecimentos gera desassossego no exercício da vida diária que conhecem e dominam.” (Mendes. 2020, p.2)

Neste ponto de vista, concordamos com a autora, podendo referir-se que, a pessoa durante o seu percurso vital, depara-se com inúmeros fatores internos e externos, que, por conseguinte, perturbam constantemente o seu bem-estar. A doença crítica é um desses fatores, uma vez que a pessoa é confrontada com a incerteza daquilo que tinha por certo, o seu projeto de vida, influenciando não só a pessoa, mas toda a família.

Na perspetiva de Mendes (2020, p.2), essa incerteza está:

“(…) associada a qualquer das fases do seu ciclo de vida, a situação de doença crítica emerge de modo súbito na vivência quotidiana da família revela-se de transição pela fragilidade experienciada.” (Mendes. 2020, p.2)

A teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, tem como maior conceito a Incerteza:

“(…) é a incapacidade 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.” (Tomey & Alligood, 2004, p.633).

A Enfermagem representa assim, a assistência a estas respostas humanas, e que é passível de acontecer através das competências científicas, técnicas e humanas do enfermeiro.

2.1. Teoria Da Incerteza Na Doença – Modelo Teórico De Merle Mishel

A Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, bem como outros estudos que foram desenvolvidos à luz desta teoria, compõem a estrutura conceptual que dirigiu a nossa investigação e que recai sobre os cuidados de enfermagem à PSC e sua família. Esta teoria surge de modelos já existentes e da investigação da personalidade no campo de ação da Psicologia.

No decorrer do seu doutoramento, Mishel utiliza a observação de doentes hospitalizados para relacionar pela primeira vez a estrutura de stress, apreciação, luta e adaptação associada por Lazarus e Folkman (1984) como fator gerador de stress á incerteza na doença.

A incerteza era caracterizada como: “(…) um estado cognitivo resultante de pistas insuficientes

com as quais se forma um esquema cognitivo, ou uma representação interna de uma situação ou evento.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 631).

A investigação de Mishel resultou assim na primeira conceptualização da incerteza na doença, que se iniciou com a sua primeira publicação (com dados quantitativos e qualitativos): *Mishel's Uncertainty in illness Scale*. Esta promulgação, foi a impulsionadora de vários estudos nos adultos, onde se aprecia a incerteza relacionada com a doença crónica e com a doença que coloca a vida em risco. O resultado destes estudos são o que fundamenta o modelo proposto por Mishel no que concerne à pessoa adulta. (Tomey & Alligood, 2004)

Em 1990, Mishel reconceptualizou a teoria, abrangendo princípios da Teoria do Caos, conseguindo expor de forma mais concreta a forma como a doença produz o desequilíbrio, mostrando, no entanto, que a incerteza pode ser também geradora de um novo sentido de oportunidade perante a vida ou perante a situação de doença. (Tomey & Alligood, 2004)

Assim: “A incerteza pode não ser resolvida, mas pode tornar-se parte da realidade do indivíduo. Neste contexto a incerteza é reapreciada como uma oportunidade e incita a formação de uma visão da vida nova e probabilística” (Tomey & Alligood, 2004, p. 632).

Na sua obra: *The Uncertainty in Illness* (1988) e *Reconceptualization of The Uncertainty in Illness* (1991) a autora define alguns conceitos essenciais para a compreensão desta teoria de médio alcance:

- Incerteza: “Incapacidade 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.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).

- Esquema cognitivo: “É a interpretação subjetiva da pessoa acerca da doença, tratamento e hospitalização.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).

- Quadro de Estímulos: “É a forma, composição e estrutura dos estímulos que uma pessoa observa e que são, depois, estruturados num esquema cognitivo.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).

- Padrão de sintomas: “É o grau no qual os sintomas apresentam consistência suficiente para serem observados como tendo um padrão ou configuração.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).

- Familiaridade do evento: “É o ponto até ao qual uma situação é habitual, repetitiva ou contém pistas reconhecidas.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).

- Congruência do evento. “A coerência do evento diz respeito á consistência entre o esperado e o experimentado nos eventos relacionados com a saúde.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).

- Fornecedores de estrutura: “São os recursos disponíveis para assistir a pessoa na interpretação do quadro de estímulos.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).

- Autoridade credível: “É o grau de confiança que uma pessoa tem nos seus prestadores de cuidados de saúde.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).

- Apoios sociais: “Influenciam a incerteza ajudando o indivíduo na interpretação do significado de eventos.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).
- Capacidade cognitivas: “São as capacidades do processamento de informação de uma pessoa, refletindo tanto as capacidades inatas como os constrangimentos situacionais.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).
- Inferência: “Diz respeito á avaliação da incerteza usando experiências relacionadas e recordadas.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).
- Ilusão: “Refere-se a crenças elaboradas a partir da incerteza.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).
- Adaptação: “Reflete comportamentos bio-psico-sociais que ocorrem na variedade de comportamentos das pessoas individualmente definidos.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 633).
- Nova perspectiva de vida: “Refere-se á formulação de um novo sentido de ordem, resultante da integração da incerteza contínua na autoestrutura, qual a incerteza é aceite como ritmo de vida natural.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 634).
- Pensamento probabilístico: “Diz respeito a uma crença num mundo condicional no qual a expectativa da certeza e da previsibilidade contínuas é abandonada.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 634).

Definidos os conceitos importa compreender o fenómeno da incerteza e o que o caracteriza, nomeadamente: o quadro de estímulos, a capacidade cognitiva e os fornecedores de estrutura. (Silva & Sousa, 2019; Tomey & Alligood, 2004).

Como explicitado, o quadro de estímulos, diz respeito ao padrão de sintomas, á familiaridade do evento, e á congruência do evento, ou seja, os sintomas percebidos como padrão, as pistas reconhecidas ou situação usual e a coerência entre o experienciado e o esperado respetivamente. (Silva & Sousa, 2019)

A capacidade cognitiva, é a capacidade de assimilar a informação sendo os fornecedores de estrutura os recursos existentes que auxiliam na interpretação dos estímulos como a autoridade credível, como é o caso do enfermeiro, apoios sociais e educação. (Silva & Sousa, 2019; Tomey & Alligood, 2004).

A incerteza associada á preocupação pela ameaça de vida, é considerada como um fator major, causador de stress conduzindo à instabilidade psicológica da pessoa e família prejudicando desta forma as suas estruturas de equilíbrio e o seu sentido de vida. Nesta, linha de pensamento, esta incerteza conduz a sentimentos ambíguos de ameaça ou oportunidade, sendo o indivíduo induzido a produzir mecanismos de *coping*, de forma a adaptar-se á situação. (Silva & Sousa, 2019; Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com Mendes (2020), os familiares que experienciam o fenómeno de incerteza associado a um internamento nos cuidados intensivos, apelam redobradamente pela atenção dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sendo que, é através do apoio encontrado nestes profissionais e através das respostas às suas solicitações e necessidades, que encontram estas mesmas estratégias de *coping*, que se traduzem na capacidade de gerir situações que lhes surjam.

Este conceito revela-se no pensamento de Merle Mishel "(...) associado ao exercício de "lidar com". (Mendes, 2020, p. 2)

Sousa e Silva, (2019, p. 60) citando (Sheilds, et al 2015) referem que: "enfrentar a incerteza resulta num continuum que se inicia no stress e conduz á reorientação e adaptação, até á aceitação, esperança e otimismo."

Neste sentido, concordamos com as autoras supracitadas, uma vez que os enfermeiros através das suas intervenções especializadas no cuidado ao doente crítico e família, constituem-se como importantes instrumentos na gestão da incerteza, contribuindo de forma prática para a adaptação/aceitação do fenómeno atribuindo apoio no que diz respeito á forma como este é interpretado, nomeadamente como perigo ou como oportunidade.

Face ao exposto, considerando o modelo conceptual proposto por M. Mishel, que nos exhibe um fenómeno que por sua vez é influenciado por várias variantes, nomeadamente as pré-existentes ao fenómeno abordado (quadro de estímulos, capacidades cognitivas e fornecedores de estrutura), tendo em conta a integração dos enfermeiros numa destas variantes (fornecedores de estrutura), importa reforçar a importância deste mesmo quadro conceptual no cuidado em UCI.

Nesta teoria, os pressupostos delineados permitem ao enfermeiro, através da relação entre dois ou mais conceitos, também denominado por postulados, (Tomey & Alligood, 2004), identificar o fenómeno (incerteza) na prática, auxiliando assim o individuo e família nas suas oscilações aprimorando a sua receptividade à mudança. Esta relação permitiu enumerar os seguintes postulados:

- 1) "A incerteza ocorre quando uma pessoa não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento relacionado com a doença por haver falta de pistas suficientes." (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).
- 2) "A incerteza pode tomar a forma de ambiguidade, complexidade, falta de informação ou informação inconsistente, e/ou imprevisibilidade." (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).
- 3) "Conforme o padrão de sintomas, a familiaridade do evento e a congruência do evento (quadro de estímulos) aumentam, a incerteza diminui." (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).
- 4) "Os fornecedores de estrutura (autoridade, apoio social e ensino credível) diminuem diretamente a incerteza promovendo a interpretação de eventos e reforçando indiretamente o quadro de estímulos." (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).
- 5) "A incerteza apreciada como perigo desencadeia esforços de *coping* orientados no sentido

de reduzir a incerteza e gerir o despertar de emoções por ela gerado. (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).

6) “A incerteza apreciada como oportunidade desencadeia esforços de *coping* orientados no sentido da manutenção da incerteza.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).

7) “A influencia da incerteza sobre os resultados psicológicos é mediada pela eficácia dos esforços de *coping* na redução da incerteza apreciada como perigo ou na manutenção da incerteza como oportunidade.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).

8) “Quando a incerteza apreciada como perigo não pode ser eficazmente reduzida, podem ser empregues estratégias de *coping* para gerir a resposta emocional.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).

9) “Quanto maior for a duração da incerteza no contexto da doença, mais instável se torna o modo de funcionamento anteriormente aceite pelo individuo.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).

10) “Em condições de incerteza continua, os indivíduos podem desenvolver uma nova perspectiva de vida probabilística que aceita a incerteza como parte natural da vida.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).

11) “O processo de interação da incerteza continua numa nova visão da vida pode ser bloqueado ou prolongado pelos fornecedores das estruturas que não apoiam o pensamento probabilístico.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).

12) “A exposição prolongada à incerteza apreciada como perigo pode conduzir a pensamentos incómodos, à revogação e a uma severa perturbação emocional.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 635).

Desta forma, a Teoria de Incerteza na Doença de Merle Mishel, pressupõe que a incerteza surge quando a pessoa não tem capacidade para estruturar de forma adequada um acontecimento, por insuficiente informação relacionada á doença. Esta incerteza é caracterizada pela autora como ambígua, motivada por informação inadequada ou insuficiente, e imprevisível. Esta situação enquadra-se em todas as fases da doença, nomeadamente o pré diagnóstico, o diagnóstico e o tratamento quer de doença crónica, ou doença aguda. Estas informações englobam-se nos três conceitos principais desta teoria: os antecedentes da incerteza, o seu processo de apreciação, e a forma de lidar com a mesma. (Mishel & Clayton, 2008)

Conforme descrito por Mishel, o antecedente de incerteza detém na pessoa habilidades para iniciar o processo de apreciação e estão adjacentes: o quadro de estímulo, fornecedores de estrutura e as capacidades cognitivas da pessoa para realizar essa análise. (Mishel & Clayton, 2008)

O quadro de estímulos, que abrange o padrão de sintomas, a familiaridade do evento, e a

congruência do evento, são fatores determinantes para a apreciação positiva ou negativa da incerteza. (Mishel & Clayton, 2008)

Por outro lado, os fornecedores de estrutura, que são segundo a autora: a autoridade credível, e os apoios sociais, são os instrumentos disponíveis para assistir a pessoa na interpretação desses estímulos. Apresenta aqui, o enfermeiro, um papel fulcral constituindo o apoio necessário à pessoa/família na interpretação do sentido destes acontecimentos. (Mishel & Clayton, 2008)

A forma como a pessoa lida com a incerteza pode levar a sentimentos como desespero, ansiedade e angústia, promovendo a diminuição da satisfação das relações e da sua própria autonomia e adesão aos cuidados. Esta avaliação/apreciação pode acontecer através de dois processos: Inferência ou ilusão, ou seja, a pessoa pode lidar com a incerteza através de mecanismos ganhos a partir de experiências vividas ao longo do seu ciclo vital ou através da ilusão que diz respeito a crenças criadas pelo próprio, perante a incerteza que se encontra a vivenciar. É deste processo apreciativo, de extrema importância, que resulta a forma como a pessoa vai encarar a situação: perigo ou oportunidade. É neste contexto que surgem os mecanismos de *coping* positivos ou negativos, que resultam, na adaptação à doença e na elaboração de estratégias que o capacitem para a manutenção da incerteza, ou por outro lado, associando a incerteza a uma ameaça constante e desenvolvendo sentimentos menos favoráveis à sua recuperação e estabilização. (Mishel & Clayton, 2008)

A teoria de Mishel foi reconceptualizada quando a autora deteta que na doença crónica esta incerteza é constante, sendo, no entanto, também nestas situações, possível, encarar esta incerteza como oportunidade. A pessoa com doença crónica vive um estado de constante incerteza, constituindo um desafio no que concerne à sua adaptação à vida dentro das condicionantes que a afetam. Foi neste sentido que a autora desenvolveu um novo nível organizacional ao conceito de incerteza, associando à mesma o pensamento probabilístico que leva a pessoa a analisar as possibilidades e a concretizá-las. (Mishel & Clayton, 2008).

É neste ponto de vista que, os fornecedores de estrutura são essenciais na medida em que, através da manutenção de uma relação de confiança, com partilha de conhecimentos e planeamento de cuidados com vista à autonomia da pessoa, sejam capazes de desenvolver estratégias em parceria com a pessoa e família, tornando essa relação terapêutica um fator facilitador de adaptação à incerteza. (Mishel & Clayton, 2008)

Em síntese, este modelo revela-nos que a presença da doença crónica ou aguda, ou os fatores desencadeantes dessa mesma doença, podem ser encarados pela pessoa/família como inferência ou ilusão. Neste sentido, a perceção da incerteza pode ser vista como um perigo ou como uma oportunidade, esta por sua vez, quando encarada como oportunidade induz a um esforço positivo, que leva ao desenvolvimento de estratégias de *coping* conduzindo a uma adaptação à realidade que atravessam ou a uma nova visão probabilística. Salientar que, Mishel defende que a experiência prévia,

o estado fisiológico, os recursos sociais, e a confiança nos profissionais de saúde envolvidos, são instrumentos fundamentais para essa capacitação. Opostamente, se as ilusões e inferências da pessoa/família considerarem a incerteza como um perigo, as estratégias de *coping* podem associar-se ao problema, podendo resultar em danos para a pessoa/família, levando à adaptação dos mesmos a este quadro de sofrimento e controlo de emoções. Esta situação (Incerteza como perigo) de forma prolongada pode expor à perturbação emocional dos mesmos. (Mishel e Clayton, 2008).

Para Mendes (2020, p.2):

“Importa centralizar o cuidado no sentido de minimizar o sofrimento das famílias, sabendo que a cada instante são colocadas à prova, são chamadas a lidar com a fragilidade humana e a responder em conformidade, no sentido da adaptação, da subsistência e do crescimento, até que nova prova de resistência, com mais incertezas e mais imprevistos, se lhes apresente. Nesse sentido, assume-se que a envolvimento da família na intervenção terapêutica de enfermagem é determinante, dando espaço para que a incerteza se torne mais discutida e menos presente na vivência.”

Concordamos com a autora, no que diz respeito à centralização dos cuidados de enfermagem à pessoa/família que se depara com uma situação de risco de vida eminente, considerando fundamental sustentar a nossa intervenção na gestão dos cuidados ao doente crítico em UCI, fundamentados nesta teoria de médio alcance, que enfatiza os cuidados especializados, e personalizados do enfermeiro, às necessidades encontradas diariamente pela pessoa/família, levando à gestão da incerteza. É sabido que o fenómeno existe e que este influencia os resultados.

A capacidade de reconhecer a incerteza, torna-se fundamental para o enfermeiro no exercício da sua função, na medida em que o enfermeiro se torna auxiliar na construção de estratégias de *coping* que conduzam à adaptação.

Consideramos delicada, a situação em que qualquer pessoa que detenha critérios para permanência em UCI, se encontra, sendo que certamente, a incerteza é o que têm de mais certo, tornando assim pertinente, a abordagem da prestação de cuidados a esses doentes à luz desta teoria.

Torna-se fulcral que o enfermeiro assista a pessoa/ família de forma holística, procurando de forma constante a evidência mais atual, garantindo a fundamentação dos atos e intervenções de forma a promover a confiança nesta tríade enfermeiro/pessoa/família.

É neste contexto que desenvolvemos a nosso PIP, na procura da evidência mais atual sobre a AE no doente crítico em PP.

2.2. A Alimentação Entérica No Doente Crítico Em Posição Prone Em UCI

Os cuidados de saúde e, os cuidados de enfermagem em particular, assumem na atualidade

um papel preponderante na sociedade, exigindo um elevado nível de rigor técnico e científico sendo a sua diferenciação e especialização cada vez mais valorizável.

A abordagem pelo enfermeiro EE em enfermagem médico-cirúrgico é essencial, pois dada a complexidade da situação, este, detém conhecimentos e habilidades múltiplos que permitem antecipar a instabilidade e responder em tempo útil, garantindo a aplicação rigorosa de protocolos e intervenções, tanto à PSC, como à respetiva família.

De acordo com a OE no regulamento n.º 361/2015 dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, da OE, e publicado em Diário da República (DR), 2ª Série. n.º 123, de 25 de Julho de 2015:

“(…) a pessoa em situação de doença 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.”

A garantia da segurança e qualidade dos cuidados ao doente, é uma preocupação constante por parte das instituições de saúde, assim sendo torna-se pertinente a elaboração e fundamentação de estratégias, baseadas na evidência atual, e associadas ao contexto da prestação de cuidados, de modo a assegurar a eficácia desses cuidados. Este facto garante ao enfermeiro encontrar estratégias para garantir a relação terapêutica com o doente e família, auxiliando os mesmos na aquisição de estratégias de *coping*, para lidar com a incerteza na doença em UCI.

Neste ponto de vista:

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta as necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (DR 429/2018, p. 19362)

A DGS (2020) refere que as diretrizes da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) determina que todos os doentes com uma permanência superior a 48 horas no Serviço de Medicina Intensiva devem ser considerados como doentes em risco nutricional, referindo a terapêutica nutricional precoce e individualizada como benéfica no prognóstico desses doentes.

Nutrição entérica (NE) compreende todas as formas de suporte nutricional que impliquem o uso de alimentos com objetivo médico, independentemente da via de administração. Inclui alimentação oral assim como alimentação por sonda. (BRASPEN, 2021).

De acordo com a norma 021/2020 elaborada pela DGS (2020):

“(…) a Nutrição Entérica deve ser considerada quando as necessidades nutricionais não podem ser satisfeitas por via oral, nomeadamente quando se estima que a ingestão oral não será possível por um período superior a três dias ou se a mesma for inferior a 50% das necessidades energéticas por mais de uma semana.”

Alencar et al (2021), assume que a terapia nutricional, é de extrema relevância no combate e prevenção de infeções. Segundo o autor a hospitalização prolongada em UCI, inclui a imobilização e o catabolismo da PSC, induzindo a um decréscimo do peso corporal e consequentemente perda de massa muscular resultando em sarcopénia, que, por seu lado, representa debilidade da função respiratória e cardíaca e agrava o prognóstico do doente.

Da mesma opinião é Linn, Beckett & Foellinger (2014), que afirmam que o doente crítico está exposto a um stress catabólico e a inúmeros desajustes fisiológicos que contribuem para uma disfunção multiorgânica que podem levar á morte, afirmando que a terapia nutricional se representa como uma importante estratégia que garante a homeostasia nestes doentes.

Também Behrens et al (2021), afere os benefícios de uma alimentação entérica precoce no doente crítico, referindo que esta intervenção pressupõe a diminuição de infeções e complicações associadas a um internamento em UCI. Os autores apontam que o aporte nutricional é fundamental na doença crítica, para preservar a massa muscular, e suportar a boa função respiratória e cardíaca, prevenindo a eventual falha multiorgânica que conduz á morte.

À semelhança, Fu et al (2021) referem-se á NE como o método preferencial para aporte nutricional em pacientes em UCI, afirmando que este método engloba inúmeras vantagens, nomeadamente a redução de infeções, a manutenção da massa muscular, providenciando micro e macro nutrientes indispensáveis á manutenção e integridade dos tecidos sendo ainda promotor da sensibilidade á insulina, indispensável á homeostasia do doente crítico.

Na perspectiva de Minelli et al (2020), é amplamente conhecido que a precoce introdução da NE, está diretamente associado á diminuição de tempo de permanência em UCI e das infeções adjacentes, contrariamente ao que acontece se for iniciada tardiamente.

Sendo uma das controvérsias na atualidade o método mais eficaz e seguro de aporte nutricional ao doente crítico em PP, esta temática assume especial atenção. A evidência atual mostra os benefícios da posição ventral (prone) na recuperação e minimização de sequelas no doente com ARDS, quer em doentes sedados quer em doentes vígils, sendo cada vez mais usado este método, em UCI, no entanto o aporte nutricional do doente é um fator relevante na recuperação do mesmo, sendo

a nutrição adequada e precoce, essencial para a manutenção da saúde. (Alencar.E. S. et al 2021).

No doente crítico ventilado as determinações das necessidades energético-proteicas devem ser avaliadas através de fórmulas preditivas com a finalidade de otimizar a administração energética, situação que no caso do doente em posição prone, muitas vezes se nota difícil de alcançar, pelas interrupções contínuas da perfusão entérica. (Savio, et al, 2021)

As recomendações existentes aferem que o cálculo deve ser feito, nomeadamente no que diz respeito á energia, 25-30Kcal/Kg/dia e no que concerne à proteína de 1.3 – 1.5g/Kg/dia. (Martindale et al, 2020)

Importa assim, esclarecer e definir alguns conceitos.

ARDS, é uma doença complexa caracterizada por uma inflamação que resulta em danos na difusão alveolar, proliferação e fibrose sendo a causa de uma elevada taxa de mortalidade. (Behrens. S., et all 2021).

Machado, L. et al (2020) caracteriza o ARDS como um tipo de lesão pulmonar inflamatória que ocorre pelo aumento da permeabilidade pulmonar e que apresenta como características o desenvolvimento de hipoxia e edema pulmonar.

Da mesma forma é caracterizado o ARDS por Linn, Beckett & Foellinger (2014), quando descrevem este síndrome como destrutivo, despoletando na pessoa uma hipoxemia e edema pulmonar, que tem início num quadro de insuficiência respiratória, não totalmente explicado por insuficiência cardíaca ou sobrecarga pulmonar.

Conforme descrito pela *British Dietetic Association* (BDA), (2020), a PP é a intervenção utilizada no ARDS, com objetivo de melhorar a oxigenação, sendo uma combinação de estratégia de ventilação protetora e prevenção de alguns problemas associados á VMI e que demonstrou diminuir a taxa de mortalidade de pacientes com diagnóstico de ARDS.

Descrito na literatura, estão vários estudos que apontam para a melhoria significativa de pacientes que sofrem desta patologia, quando colocados em PP, sendo que esta técnica leva á melhoria da oxigenação em cerca de 70% a 80%, e levando á manutenção da mesma, de forma parcial aquando colocado em posição supina, sendo ainda, uma mais-valia, as raras complicações. (Machado, L., et al 2020).

O autor define PP como:

“(…) uma manobra de rotação do paciente da posição supina para decúbito ventral, que possibilita melhor expansão das regiões dorsais do pulmão, com conseqüente melhoria da oxigenação.” (Machado, L. et al 2020).

Na perspectiva de Minelli et al (2020) O posicionamento em prone é uma das estratégias utilizadas em cuidados intensivos, no paciente a sofrer de ARDS e visa a prevenção de lesões, garantindo uma eficaz oxigenação alveolar, e permitindo melhoria das trocas gasosas. Os autores afirmam que esta técnica é usada em doentes ventilados e não ventilados. (Minelli et al, 2020)

Esta técnica é segundo o mesmo autor, antiga, tendo caído em desuso e resgatada agora, no contexto de pandemia por COVID-19, garantindo que a AE nestes doentes é segura e praticável sem grandes complicações. (Minelli et al, 2020)

Machado, L., et al (2020), aponta para o fato da escassa ou inexistente literatura que avalie ou descreva a terapia nutricional nos protocolos de pronação, evidenciando assim uma lacuna na literatura. O autor refere ainda, que a maior parte dos estudos sobre protocolos de pronação constata a descontinuação da terapia enteral durante o período de pronação, levando a balanço energético e proteico negativo, o que em doente crítico é também associado ao aumento do número de complicações, como, infeções, tempo em ventilação mecânica, de internamento e mortalidade.

Minelli et al (2020) descreve a pronação como um dos aspetos mais desafiantes na gestão dos doentes com ARDS e VMI, principalmente no que concerne à alimentação dos mesmos. Refere que, tal tarefa pode ser assustadora, mas que, no entanto, começa a ser usual em UCI.

Este método implica que o doente permaneça por longos períodos nesta posição, sendo o aporte nutricional entérico muitas vezes deficiente, uma vez que acarreta mais riscos para o doente, nomeadamente a intolerância, o risco de vómito e posterior aspiração, bem como o aumento de volume gástrico residual (VGR), tornando a monitorização da terapêutica nutricional essencial nestes doentes. (DGS, 2020).

Complicações associadas à alimentação entérica no doente crítico em PP

Apesar da evidencia mostrar que AE no doente crítico em PP é benéfica, segura e eficaz, muitos estudos enumeram, no entanto, algumas complicações associadas á modalidade:

- Deslocamento do tubo oro traqueal (TOT) ou do tubo de alimentação;
- Edema facial;
- Lesão do plexo braquial;
- Diminuição da produção cardíaca;
- Lesões das córneas;
- Distensão abdominal;
- Diarreia;

- Aumento do VGR e Vômitos levando ao risco de uma pneumonia.

É descrito o aumento do VGR, como fator comum desencadeante de vômitos que podem levar à posterior aspiração e conseqüente pneumonia, sendo evidenciada a necessidade constante de monitorização deste volume como forma de prevenção de complicações para o doente. (Linn, Beckett & Foellinger (2014).

Da mesma opinião, é Brunni et al (2020) quando descrevem nos seus estudos o aumento de volume residual, e episódios de vômitos e regurgitação em doente crítico com AE em PP.

O deslocamento do TOT, ou da sonda nasogástrica (SNG), a lesão do plexo braquial, edema facial, lesão das córneas e diminuição do débito cardíaco, associado à posição prone no doente sob VMI, são outras complicações reportadas por Behrens et al, (2021).

Minelli et al (2020), acreditam que a monitorização e avaliação constante, bem como a comunicação entre a equipa multidisciplinar é a forma mais eficaz para garantir uma nutrição adequada a estes doentes. Os autores evidenciam que a monitorização e avaliação do doente com aporte nutricional em PP deve ser apertada quanto à sua tolerância ou complicações como diarreia assim como os resultados analíticos ou a interação medicamentosa. (Minelli et al, 2020)

Brunni et al, (2020), assumem que na prática clínica o enfermeiro assume um importante papel no reconhecimento e manutenção destas complicações, sendo fulcral a comunicação das mesmas à equipa multidisciplinar, visando a planificação e criação de protocolos de atuação como estratégias profiláticas a usar durante a prestação de cuidados ao doente com alimentação entérica aquando da PP.

Sedação, neurobloqueadores musculares e vasopressores na AE no doente crítico em PP

Entende-se por sedação, o uso terapêutico de fármacos que permitem a diminuição do nível de consciência do doente sem afetar a capacidade de respirar, responder a estímulos físicos ou a comandos verbais. (Tanaka, Serafim & Salluh, 2021)

“Dor, agitação e ansiedade são frequentes em pacientes que necessitam de internamento na unidade de terapia intensiva (UTI). Esses eventos frequentemente se associam com intubação traqueal, ventilação mecânica (VM) e intervenções junto ao leito. Para isso, podem ser utilizados sedativos e analgésicos, com a finalidade de diminuir o desconforto e obter melhor sincronia com o ventilador, assim como diminuir o trabalho respiratório” (Tanaka, Serafim & Salluh, 2021, p.1)

A evidência mostra que a maior parte dos doentes sob VMI em UCI requerem o uso de farmacoterapia para a manutenção da sua homeostase, essa medicação inclui a sedação, analgesia e os bloqueadores neuromusculares. Estes medicamentos permitem reduzir o stress e a ansiedade e ao mesmo tempo favorece a ventilação mecânica. (Martins et al, 2022)

No que concerne ao bloqueadores neuromusculares estes são fármacos, que interrompem a transmissão neuromuscular dos impulsos nervosos na junção neuromuscular esquelética, causando a paralisia dos músculos. Também denominados de curarizantes. (Martins et al, 2022)

No âmbito da AE do doente crítico em PP e ao uso concomitante de sedação ou bloqueadores neuromusculares, Minelli et al (2020) indica que esta matéria não foi ainda alvo de muitos estudos, sendo a informação parca, no entanto, a partir da evidência existente assume-se que, esta situação não deve ser considerada uma barreira á alimentação entérica, sendo viável e seguro desde que tomadas as medidas preventivas.

Al-Dorzy, Yaseen & Arabi (2020) são da opinião que o uso de sedativos, vasopressores e opiáceos podem desenvolver disfunções gastrointestinais, evidenciando, no entanto, que estes não representam uma contraindicação à AE em PP.

À semelhança, Minelli et al (2020) referem que, apesar da alimentação no doente crítico, e tendo em conta a medicação vasoativa e as perfusões de propofol é comum a prática da alimentação entérica em prone. Os mesmo autores aludem que, os desafios surgem, quando, tendo em conta a medicação vasopressora e sedativa, que no doente crítico é frequentemente prolongado no tempo, existe um atraso no volume alvo da NE a ser administrada. (Minelli et al, 2020)

Já a American Society for Parental and Enteral Nutrition (ASPEN), (2020), afirma que nos doentes com necessidade de escalar vasopressores, deve ser suspensa a NE, podendo esta ser reiniciada quando o doente se encontrar com estabilidade hemodinâmica, ou apenas com um vasopressor em curso.

Minelli et al (2020) afirmam que 91% dos doentes com VMI necessitam de suporte vasopressor.

No ponto de vista de Al-Dorzy, Yaseen & Arabi (2020), é importante o uso de neurobloqueadores musculares em doentes com ARDS uma vez que estes facilitam a sincronização entre o paciente e o ventilador, assegurando que estes não têm ação sobre os músculos lisos intestinais, por conseguinte, a intolerância gastrointestinal pode estar, provavelmente relacionada, com o seu uso concomitante de opiáceos e vasopressores. (Al-Dorzy, Yaseen & Arabi (2020).

Os mesmo autores são da opinião que o uso de neurobloqueadores musculares diminuem o gasto de energia do doente, sendo benéfico quando calculado o volume alvo de proteína e energia a ser administrado. (Al-Dorzy, Yaseen & Arabi, 2020).

A literatura é escassa, no entanto, com base na parca evidência, considera-se que a alimentação entérica no doente crítico sob VMI em PP é provavelmente segura. (Al-Dorzy, Yaseen & Arabi , (2020); Minelli et al, (2020) & ASPEN (2020)).

Posto isto, assume-se a alimentação entérica no doente com VMI em decúbito ventral, acordado ou sedado, como viável, segura e eficaz, contudo, é salientada a necessidade de uma monitorização rigorosa, de forma a não comprometer uma deteção precoce do agravamento da função hemodinâmica do doente, podendo, portanto, levar a complicações.

Os cuidados especializados de enfermagem devem visar essencialmente a prevenção de complicações.

Contraindicações á alimentação entérica no doente crítico em PP

Não obstante a literatura comprovar a eficácia e segurança da AE no doente crítico em posição prone, são salientadas algumas situações que se notam como contraindicações a este método.

Relacionam-se como contraindicação:

- Distúrbios gastrointestinais graves como hemorragia digestiva alta ou baixa;
- Pressão positiva na via área em doente acordado;
- Uso concomitante de vários vasopressores ou a progressão no uso dos mesmos e,
- Instabilidade hemodinâmica. (ASPEN, (2020); BRASPEN (2021); DGS (2020))

Além das situações anteriormente referidas, Behrens et al (2021) atentam ainda, como contraindicação à PP, doentes traqueostomizados, com trauma facial, hemorragia alveolar, cirurgia oftálmica recente, grávidas, instabilidade da coluna ou pélvis ou arritmias instáveis.

Os benefícios do suporte nutricional por via entérica no doente crítico são múltiplos, tornando-se fundamental a implementação de protocolos, devidamente estruturados e adaptados ao doente crítico, neste caso em PP, uniformizando procedimentos, e aumentando a qualidade e segurança dos cuidados. (Behrens, S. et al, 2021).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na monitorização e reconhecimento da intolerância à NE, sendo essencial a sua intervenção na implementação de ações e estratégias para minimizar essa intolerância, com vista à melhoria dos cuidados e à recuperação do doente o mais precocemente possível. (Bruni et al, 2020)

Sintetizando, a equipa multidisciplinar da UCI desempenha um papel importante na implementação de estratégias promotoras para a eficácia da AE no doente crítico sedado ou não em PP. A evidência científica mostra a escassa implementação de protocolos sobre esta temática, constando-se que é vantajosa a criação de protocolos de orientação clínica, com vista a uniformização, e a especialização dos cuidados á PSC, nomeadamente, a criação de um protocolo para a AE do doente crítico em posição prone, uma vez que este procedimento requer intervenções específicas e monitorização rigorosa das mesmas, com vista á viabilidade, segurança e eficácia da intervenção. (Suliman et al, 2021)

Foi com o intuito de promover uma melhoria contínua nos cuidados ao doente crítico e família que desenvolvemos uma profunda pesquisa e onde foi possível apurar uma reduzida aplicação de protocolos sobre a temática, que uniformizem a atuação do enfermeiro e que incluam ferramentas de mensuração do trabalho desenvolvido, levando o enfermeiro a assumir um papel crucial no estímulo à reflexão em equipa, na tomada de decisão e na inclusão da família neste âmbito.

Posto isto, podemos afirmar que esta problemática é de uma especial importância e que justificou a pertinência de um estudo mais aprofundado neste âmbito, e foi nesta linha de pensamento que se desenvolveu o nosso PIP.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A pessoa, é um ser social que age de acordo com valores, crenças e desejos. É um ser único com dignidade, comportamentalmente influenciado pelo ambiente, sendo patente que cada um tem o seu projeto de saúde. (OE, 2001).

A saúde representa o estado mental, do indivíduo, sendo este um conceito dinâmico, subjetivo e contínuo, na procura do equilíbrio, no controlo do sofrimento levando ao seu bem-estar físico, emocional, espiritual e cultural. (OE, 2001).

Relativamente ao ambiente, a OE (2001), refere que este é constituído por aspetos físicos, humanos, políticos, económicos culturais e organizacionais. É responsável por influenciar estilos de vidas e de saúde. (OE, 2001).

A relação interpessoal enfermeiro/pessoa/família é criada tendo em conta os valores e crenças da pessoa e família. O enfermeiro através da sua formação, tem a capacidade de compreender e respeitar sem fazer juízos de valor. Esta capacidade permite criar uma relação terapêutica com o cliente e família. Estes factos dizem respeito aos cuidados de enfermagem. O enfermeiro capacita o cliente e família para a proatividade no seu projeto de saúde. (OE, 2001)

Estes conceitos são o alicerce da enfermagem como ciência e como profissão. Os metaparadigmas acima descritos, são a base para o enfermeiro atuar, uma vez que a enfermagem é visada como uma ação, onde o ambiente é qualquer coisa que influencia a pessoa, direta ou indiretamente e onde a saúde corresponde ao foco do cuidar, o foco da enfermagem.

Foi com esta visão que se desenvolveu o PIP. Numa perspectiva de desenvolvimento de um cuidar com a melhor qualidade e segurança possível.

Para o desenvolvimento deste Projeto de PIP foi utilizada a Metodologia de Projeto.

Segundo Ruivo et. Al, (2010, p.2) esta metodologia:

“(…) baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.”

De acordo com as autoras, este método permite o desenvolvimento de competências pessoais e científicas, tendo em conta que é o próprio estudante que é responsável pelo desenvolvimento da

sua formação, tornando-se mais crítico e rigoroso e consequentemente aumentando a qualidade dos seus cuidados. (Ruivo et, al, 2010 & Guo et al, 2020).

“A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” (Ruivo, et, al., 2010, p. 3).

De acordo com o Artigo 4º do Capítulo II do Diário da República, do domínio das Competências Comuns do EE, é parte integrante o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente o autoconhecimento e assertividade.

Neste sentido, o “Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (DR, 2ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

No seguimento, uma das unidades de competência do EE é o suporte da sua praxis clínica especializada em evidência científica. Assim, o “Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (DR, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019, p. 4746).

Por seu lado, no que concerne às competências específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC, estas são:

“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” (DR, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19359).

Posto isto, realizou-se uma Revisão *Scoping* sobre um tema, seguindo a metodologia da prática baseada na evidência, a sistematização dos principais resultados, bem como a disseminação dos resultados da investigação e que resultou num artigo a aguardar publicação na revista “*Percursos*” e conforme é possível consultar o resumo do mesmo em apêndice. (APÊNDICE I).

No que respeita ao tema, “A alimentação entérica na Pessoa em Situação Crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados”, a sua escolha baseou-se numa problemática atual que exige atualização sistemática de

conhecimentos bem como a sua transposição para a prática clínica, promovendo a melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

No contexto da UC Estágio Final que decorreu numa UCI detetou-se a necessidade e pertinência de aprofundar conhecimentos acerca desta temática, no sentido de sustentar a prática em evidência científica.

Neste capítulo é apresentada a metodologia do estudo onde se formula a questão de investigação, elaborada de acordo com as normas PCC (População, Conceito, Contexto), o objetivo da pesquisa e o método de seleção das publicações sobre a temática em causa. Serão ainda mencionadas as estratégias de pesquisa, nomeadamente as bases de dados consultadas, os termos de pesquisa e os operadores booleanos utilizados bem como os critérios de inclusão e exclusão definidos e aplicados. Expõem-se o nível de evidência quanto à sua eficácia, dos artigos selecionados, de acordo com a classificação *Joanna Briggs Institute (JBI)*, sob a forma de uma tabela. Explicita-se a recolha de dados dos artigos, sintetizados através de uma grelha. Segue-se a discussão dos principais resultados obtidos e por último realiza-se uma análise dos objetivos do trabalho, bem como se destacam os aspetos mais relevantes sobre a temática e as limitações encontradas ao longo desta *Scoping Review*.

Importa ainda referir que para a elaboração deste PIP, foram mobilizados diversos conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Investigação, lecionada no 1º semestre deste Mestrado, sendo estes conhecimentos fundamentais para a execução deste projeto.

Posto isto, explana-se de seguida as cinco fases da metodologia de projeto, que segundo Ruivo, et al, (2010) dizem respeito ao diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados.

3.1. Diagnóstico da Situação

A fase inicial do planeamento em saúde diz respeito à fase de diagnóstico de situação.

Esta fase corresponde “(...) à elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar.” (Ruivo, et al, 2010).

Para a elaboração do diagnóstico de situação foram utilizadas diversas ferramentas diagnósticas, designadamente: entrevistas não estruturadas, análise SWOT, *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças) e uma revisão *Scoping*.

A escolha do tema teve na sua base uma necessidade identificada na prática clínica, no que concerne à AE da PSC com necessidade de PP. Assim, perante o contexto pandémico atual em constante mudança, tem-se verificado um interesse crescente na utilização da PP como tratamento ao doente com ARDS, protelando ou descontinuando diversas vezes o início da AE nesses doentes pelos

riscos associados à mesma, tornando-se fundamental mapear e identificar as lacunas na evidência existente sobre esta temática, de forma a promover a melhor abordagem para estes doentes, garantindo igualmente a sua segurança e a do profissional de saúde.

Neste contexto, e numa primeira fase do diagnóstico de situação realizaram-se entrevistas exploratórias não estruturadas, com a Enfermeira Chefe da UCI e com o Enfermeiro orientador de forma a apurar a pertinência do tema de interesse da estudante à prática clínica em que se encontrava. Dessas reuniões emerge a apropriação do tema ao contexto social em que nos encontramos, por culpa da pandemia por COVID-19, sendo o tema considerado como uma mais-valia numa perspectiva de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, sendo igualmente um momento promotor de aquisição de competências de especialista e mestre em enfermagem.

De salientar que devido à deslocação da UCI para um espaço temporário alocado ao SUG do referido hospital, não estavam no momento do estágio, reunidas as condições para acolher doentes com ARDS associado a Covid-19 (doentes que atualmente mais se adequam à problemática identificada), e por isso não tendo acontecido o período de observação, correspondente à fase de diagnóstico aqui analisada, sendo no entanto, previsto a admissão de doentes com essa patologia, nas novas instalações, mantendo-se por isso pertinente a escolha do tema.

Parafraseando Ruivo, et al, (2010) “A definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto, e nesta etapa inserem-se igualmente a definição das hipóteses e a operacionalização das variáveis a considerar. De uma forma geral, (...) o problema caracteriza-se por identificar e descrever, estabelecer relações entre variáveis e apreciar a pertinência e precisar o objetivo.”

Neste contexto, identificaram-se como problemas:

- O aumento do número de doentes críticos, com diagnóstico de ARDS, e que beneficiam da PP, conseqüente ao contexto pandémico que se atravessa nos últimos dois anos;
- O cariz particularmente grave associado ao alto risco nutricional dos doentes admitidos em UCI com esta patologia;
- A carência de intervenções estabelecidas e uniformizadas a adotar, para otimização dos cuidados a estes doentes específicos;

Neste ponto de vista, definimos como objetivo geral deste PIP:

- Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na Pessoa em situação crítica com necessidade de alimentação entérica na posição de prone em UCI.

Como objetivos específicos, delineou-se:

- Elaborar uma revisão Scoping;

- Identificar as intervenções do enfermeiro especialista face à alimentação entérica ao doente crítico em posição prone, sedado ou não, em UCI;
- Desenvolver uma proposta de norma de procedimento para otimização da nutrição em doentes críticos e em posição prone, acordados ou sedados;
- Operacionalizar a implementação de um norma de procedimento no serviço UCI.
- Disseminar a evidência científica mais atual sobre a temática junto da equipa de Enfermagem da UCI.

Para cada objetivo específico foram definidas atividades e estratégias para os atingir, conforme se encontra exposto em documento próprio realizado para o efeito e denominado de planeamento de projeto de intervenção profissional, disponível para consulta em respetivo apêndice. (APÊNDICE II). Foi também elaborado um cronograma de estágio.

De forma a efetuar uma análise concreta da problemática identificada, foi elaborada uma análise SWOT.

Segundo Carvalho & Costa (2016) esta ferramenta é uma forma de verificar a orientação de um determinado projeto no ambiente em questão e que compreende a avaliação interna do mesmo, com a identificação das forças e fraquezas, e na identificação de oportunidades e ameaças criadas pelo meio ambiente. A análise SWOT realizada para este PIP encontra-se em apêndice. (APÊNDICE III)

Em paralelo foi realizada uma revisão *scoping* de forma a fundamentar a prática na evidência.

Diferentes objetivos e questões de revisão, exigem o desenvolvimento de novas abordagens que são projetadas para sintetizar, de forma mais efetiva e rigorosa, a evidência, sendo a *Scoping Review* um destes tipos de abordagem (Peters, G., *et al.*, 2015).

Este método foi inicialmente proposto em 2005 por Arksey and O'Malley, e redefinido pelo *JBI* em 2015, tendo sido atualizado pelo mesmo instituto em 2020 (Parreira, P., *et al.*, 2020).

O intuito desta metodologia não é analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos, não sendo o seu objetivo encontrar a melhor evidência científica, mas sim, mapear a evidência científica sobre um tópico, identificando conceitos chave, teorias e fontes de evidência, bem como lacunas existente (Peters, G., *et al.*, 2020).

Segundo o mesmo autor (Peter, G., *et al.*, 2020), as revisões *Scoping* são conduzidas por diversas razões, sendo, no entanto, a mais comum a exploração da amplitude/ou profundidade da literatura, mapeando e sintetizando a evidência.

Logo, a opção específica pela realização de uma *Scoping Review* fundamenta-se por ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente e constituir um exercício preliminar que justifique e informe acerca da pertinência da realização de uma revisão sistemática da literatura. (Peters, G.,

et al., 2015).

Para a elaboração da questão de Revisão foi utilizada a estratégia *Participants*, (participantes)

Concept (conceito) e *Context* (contexto), (PCC) proposta pelo JBI. (Tabela n.º 1):

Assim, definiu-se para esta revisão *Scoping*:

P) Doente Crítico Adulto;

C) A alimentação entérica em posição de prone;

C) Todos os serviços de UCI com doentes em posição prone

Tabela n.º 1

PCC

P	População (Tipode Participantes)	Quem foi estudado?	Doente crítico adulto	Cuidados de Enfermag em Nutrição Entérica Posição Prone Doente Sedado Doente Crítico	DESCRITORES
C	Conceito	Que intervenções oufenómenos de interesse estão a ser estudados?	A alimentação Entérica no doenteem posição prone		
C	Contexto	Local Estudado?	Todas as UCI com internamento de doentes em posição prone.		

Relativamente ao tipo de estudo, foram incluídos todos os estudos desenvolvidos em contexto clínico, foram consideradas todas as revisões de literatura, relatórios, teses ou dissertações, entre outros desde que considerados relevantes para a questão de revisão.

Definiu-se assim como questão de Revisão: **“Quais as intervenções de enfermagem na alimentação entérica em doentes críticos, com necessidade de posição prone numa UCI? “**

De forma a responder à questão desta revisão realizou-se a pesquisa através das plataformas eletrónicas PUBMED, RCAAP e EBSCO, pela seleção de todas as bases de dados disponíveis, tais como: *CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane*

Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina. Recorre-se ainda à biblioteca de conhecimento online *B-on* e ao *Google Scholar*.

As palavras e termos incluídos foram combinados numa estratégia de pesquisa única, adaptada a cada especificidade de cada base de dados utilizada para a revisão.

Esta pesquisa foi efetuada por dois investigadores em simultâneo, durante o mês de novembro de 2021, aplicando critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão considerou-se adultos (com idade superior a 19 anos), publicações que apresentem a AE como método de aporte nutricional em doentes com necessidade de pronação, todo o tipo de publicações sobre o tema, artigos com texto integral disponível, na língua Inglesa, Portuguesa e/ou Espanhola, no período entre 1 de janeiro de 2016 e 30 de novembro de 2021.

Foram excluídos artigos cuja temática não fosse relevante para a revisão em questão, cuja população não fosse a especificada e definida anteriormente, publicações cuja alimentação não fosse entérica e em PP e publicações às quais não tenha sido obtido acesso ao texto integral.

Foram selecionadas como descritores em várias combinações, e em todas as línguas: “*Nursing care*” (Cuidados de Enfermagem), “*Enteral Nutrition*” (Nutrição entérica), “*Prone position*”, (Posição Prone) “*Deep sedation*” (Doente sedado) e “*Critical illness*” (Doente crítico) com recurso à intersecção entre os mesmos através do operador booleano “*AND*”. Estes descritores foram validados e confirmados na plataforma DeCS, referente aos Descritores em Ciências da Saúde e demonstrado na **tabela n.º 2**, correspondente aos descritores de pesquisa.

Da pesquisa efetuada nas bases de dados (EBSCO, PUBMED, B-ON, RCAAP e *Google scholar*), utilizando os descritores, bem como os delimitadores supramencionados, obtiveram-se 245 publicações (6 na EBSCO, 7 na PUBMED, 197 na B-ON e 35 no *Google scholar*).

Foram eliminados inicialmente 8 artigos por serem de acesso pago ou por se encontrarem duplicados nas bases de dados de pesquisa (EBSCO 1, B-ON 5 e *Google Scholar* 2).

A partir da leitura dos títulos e da limitação do acesso a algumas das publicações foram eliminadas inicialmente 221 publicações (191 na B-ON, 31 no *Google Scholar*, e 4 na PUBMED), ficando um total de 8 artigos selecionados (2 da EBSCO, 3 da PUBMED, 1 da B-ON e 2 do *Google Scholar*).

Após a leitura integral das 8 publicações selecionadas, conclui-se que os 8 cumprem os critérios de inclusão e exclusão, tal como demonstrado no *Prisma Flow Diagram*, (Figura n.º 1).

A metodologia utilizada para a seleção de artigos, recolha de dados e discussão de resultados contou com a unanimidade entre os investigadores.

Tabela n.º 2
Descritores de pesquisa

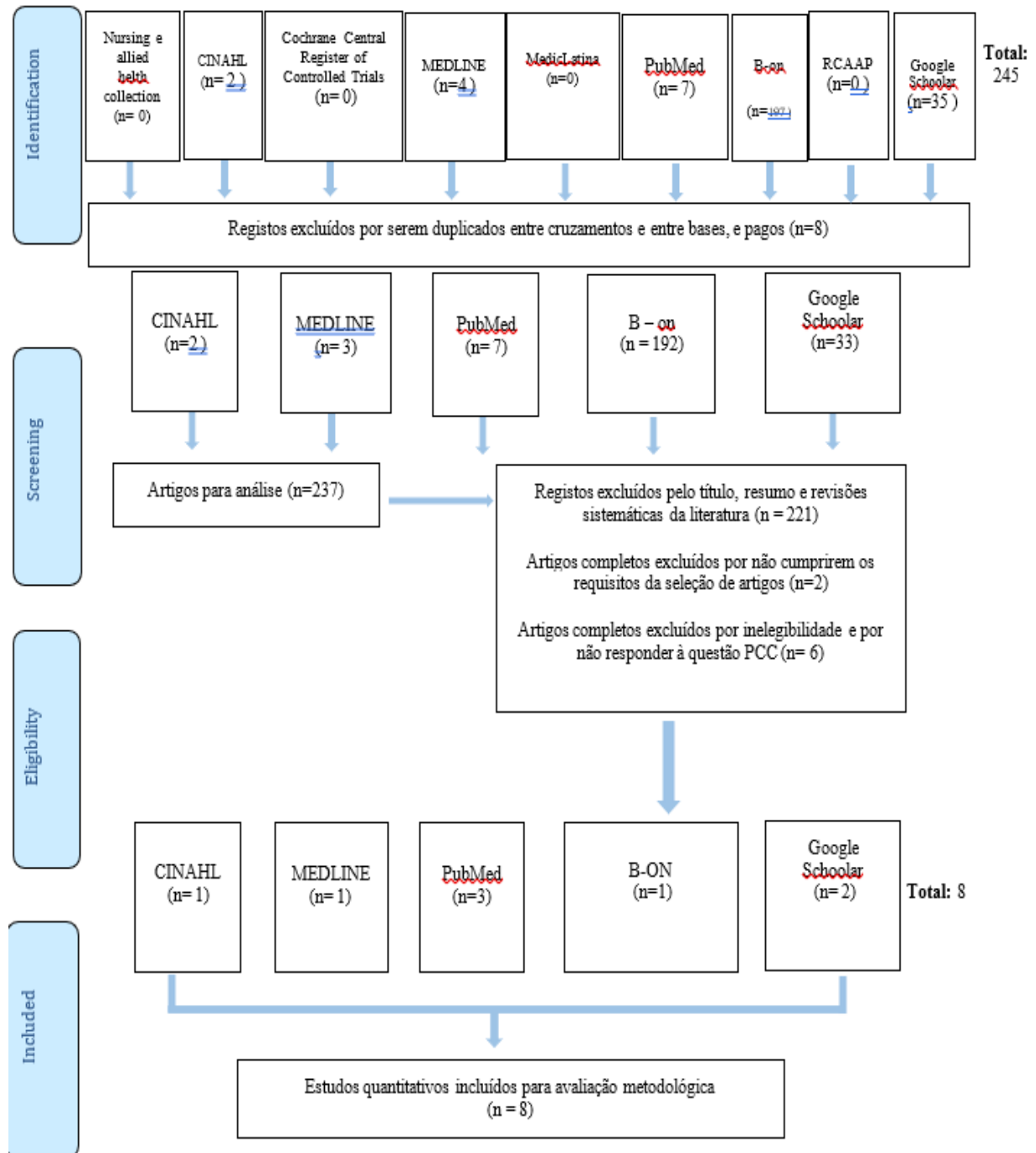
Base de Dados	P (Patient, Population)	C (Concept)	C (Context)
PUBMED	Critical Illness Or critically ill NOT children OR adolescents or youth OR child OR teenager	Enteral Feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR gastric feeding tube AND Prone position OR prone positioning OR prone	Critical Care AND Nursing care OR nursing interventions
RCAAP	NOT children OR adolescents or youth OR child OR teenager	Enteral feeding AND prone position	Nurs*
EBSCO			
CINAHL Complete	Critical Illness Or critically ill NOT children OR adolescents or youth OR child OR teenager	Enteral Feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR gastric feeding tube AND Prone position OR prone positioning OR prone	Critical Care AND Nursing care OR nursing interventions
MEDLINE Complete	Critical Illness Or critically ill NOT children OR adolescents or youth OR child OR teenager	Enteral Feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR gastric feeding tube AND Prone position OR prone positioning OR prone	Critical Care AND Nursing care OR nursing interventions
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Critical Illness Or critically ill NOT children OR adolescents or youth OR child OR teenager	Enteral Feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR gastric feeding tube AND Prone position OR prone positioning OR prone	Critical Care AND Nursing care OR nursing interventions
Cochrane Central Register of Controlled Trials	Critical Illness Or critically ill NOT children OR adolescents or youth OR child OR teenager	Enteral Feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR gastric feeding tube AND Prone position OR prone positioning OR prone	Critical Care AND Nursing care OR nursing interventions
Cochrane Database of Systematic Reviews	Critical Illness Or critically ill NOT children OR adolescents or youth OR child OR teenager	Enteral Feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR gastric feeding tube AND Prone position OR prone positioning OR prone	Critical Care AND Nursing care OR nursing interventions

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

Cochrane Methodology Register	Critical illness Or critically ill NOT children OR adolescents or youth OR child OR teenager	Enteral Feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR gastric feeding tube AND Prone position OR prone positioning OR prone	Critical Care AND Nursing care OR nursing interventions
Library, Information Science & Technology Abstracts	Critical illness Or critically ill NOT children OR adolescents or youth OR child OR teenager	Enteral Feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR gastric feeding tube AND Prone position OR prone positioning OR prone	Critical Care AND Nursing care OR nursing interventions
MedicLatina	Critical illness Or critically ill NOT children OR adolescents or youth OR child OR teenager	Enteral Feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR gastric feeding tube AND Prone position OR prone positioning OR prone	Critical Care AND Nursing care OR nursing interventions
B-ON	Critical illness OR critically ill OR ill patients NOT Children OR adolescents OR youth OR child OR teenager	Enteral feeding OR tube feeding OR enteral nutrition OR gastric feeding tube AND Prone position OR prone Positioning OR prone	Nurse OR nurses OR nursing AND Critical Care
Google Scholar	critical illness NOT children OR teenager	Enteral feeding AND prone positioning	Critical Care AND nursing care

Figura 1

Prisma Flow Diagram. Adaptado de JBI, 2020



A *Scoping Review*, é uma revisão, que não tem como critério analisar a qualidade metodológica dos artigos incluídos. No entanto, para determinar a credibilidade e a qualidade dos artigos seleccionados, foi aplicada a classificação do JBI, *Levels of Evidence* (relativamente à eficácia), tal como demonstrado na **tabela n.º 3**.

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

Tabela n.º 3

Tabela de Evidência quanto à Eficácia

Artigo	Autores	País	Título	Ano	Nível de Evidência	Objetivo do estudo
1	Behrens, S. et al	Portland, Oregon Estados Unidos da América	Nutrition Support During Prone Positioning: An Old technique Reawakened by COVID -19	2021	Estudo de Revisão Narrativa Nível 5. b	Descrever a fisiopatologia de ARDS e a coerência no uso da posição prone; Enumerar as considerações e desafios de providenciar terapia nutricional aos doentes com necessidade de posição prone.
2	Savio, R. Dominic et al	Chennai, Índia	Feasibility, tolerance, and effectiveness of enteral feeding in critically ill patients in prone position.	2021	Estudo observacional prospetivo com grupo de controlo Nível 3. e	Evidenciar a viabilidade, tolerância e eficácia da introdução precoce de nutrição entérica no doente crítico em posição prone.
3	Chapple, Lee-Anne S. et al	Austrália e Nova Zelândia	Nutrition management for critically and acutely unwell hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Australia and New Zealand	2020	Estudo de Consenso de Especialistas (Norma de Orientação Clínica) Nível 5. b	Providenciar evidência para a melhor prática na alimentação do doente crítico durante a pandemia, promovendo adaptações chave, tendo em vista a segurança da equipa multidisciplinar e a condição clínica dos pacientes.
4	Minnelli, N. et al	Massachusetts, Estados Unidos da América	Challenges of Maintaining Optimal Nutrition Status in COVID- 19 Patients in Intensive Care Settings	2020	Estudo de Consenso de Especialista (Revisão de Normas de Orientação Clínica) Nível 5. b	Discutir as <i>Guidelines</i> disponíveis para o Suporte Nutricional de doentes COVID-19 em UCI apresentando orientação clínica para os desafios que possam surgir nas equipas multidisciplinares numa perspetiva nutricional.
5	Fu, P., et al	Tailândia, República da China	Caloric Intake with High Ratio of Enteral Nutrition Associated With Lower Hospital Mortality for Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome Using Prone Position Therapy	2021	Estudo Retrospectivo Nível 2. d	Averiguar a melhor estratégia para alimentação de doentes em posição prone com diagnóstico de ARDS.
6	AL-Dorzy, H.M. and Arabi, Y.M.	Riyadh, Arábia Saudita	Enteral Nutrition Safety with Advanced Treatments: Extracorporeal Membrane Oxygenation, Prone Positioning, and Infusion of Neuromuscular Blockers.	2020	Estudo de Revisão narrativa de literatura Nível 4.a	Aferir a segurança e eficácia da nutrição entérica no doente crítico durante o uso de Oxigenação por Membrana Extracorporeal (ECMO), PPE perfusão de bloqueadores neuromusculares.
7	Suliman, S. et al	Jackson St. Louisville, Estados Unidos da América	Barrier to nutrition therapy in the critically ill patient with COVID – 19	2021	Estudo observacional prospetivo Nível 3. e	Identificar as barreiras e dificuldades existentes no fornecimento de terapia nutricional adequada no doente crítico, com ou sem infeção por COVID-19. Encorajando o desenvolvimento de protocolos adequados ao eficaz aporte nutricional.
8	Chapple, L.S. et al	Adelaide, Sul da Austrália	Nutrition guidelines for critically ill adults admitted with COVID-19: Is a consensus?	2021	Estudo de Revisão narrativa de literatura Nível 5.b	Reconhecer as <i>guidelines</i> chave e as práticas recomendadas para o suporte nutricional no doente crítico adulto com COVID-19, descrevendo as semelhanças e as diferenças, das recomendações e suas implicações na prática clínica.

Em seguida, de forma a facilitar a interpretação, análise e síntese de resultados, apresentar-se-á a grelha utilizada para a recolha de dados. (Tabela n.º

4). Os oito artigos foram identificados de [1] a [8], de acordo com pertinência dos resultados.

Tabela n.º 4

Tabela de síntese de dados

Artigo	Amostra	Localização Geográfica	Resultados	Período
[1]	Adultos com ARDS em posição prone.	Portland, Oregon – Estados Unidos da América	<ul style="list-style-type: none"> - A PP promove a distribuição nivelada de oxigenação, preenchendo a totalidade dos pulmões e reduzindo o stress indevido do tecido pleural, nos doentes que sofrem de ARDS; - Estudos demonstram que a PP reduz a mortalidade em pacientes com ARDS; - Este método é benéfico quer em doentes sob VMI quer em doentes em respiração espontânea; - As complicações da PP passam pelo desenvolvimento de edema facial; a deslocação do tubo oro traqueal ou da sonda de alimentação, lesões do plexo braquial, diminuição da produção cardíaca e lesões das córneas; - O aporte nutricional é crucial para preservar a massa muscular, suportar a função respiratória. Alimentação entérica é preferencial à alimentação parentérica, desde que exista estabilidade hemodinâmica do doente; - A alimentação entérica precoce é essencial para a manutenção do doente crítico e deve ser iniciada entre as 24 a 48 horas após a admissão; - A alimentação entérica por sonda Naso gástrica em PP é tão viável e segura como em posição supina, desde que adaptadas algumas medidas para evitar a intolerância; - A colocação da cama em Trendelenburg reverso (25º), o uso de agentes procinéticos, e administração de alimentação em pequenas quantidades numa fase inicial, são 	02 de 2021.

			<p>estratégias que devem ser utilizadas para uma eficaz tolerância á alimentação entérica no doente em posição prone.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudos demonstram que não existem diferenças no VGR quando comparado com doentes em posição prone e posição supino, sendo o VGR inferior a 200ml em ambos os casos. - A evidência demonstra que não existe diferenças significativas ou correlacionais entre o VGR, a PP e a posição supina, com a incidência de pneumonia associada ao ventilador, regurgitação ou aspiração; - Estudos demonstram que a alimentação entérica é interrompida mais frequentemente em posição prone do que em posição supina. - A implementação de um protocolo para alimentação entérica em prone, mostrou aumento do volume de alimentação administrado comparativamente á administração sem protocolo, sem aumento de vômito, elevação do VGR ou da pneumonia associada ao ventilador; - A fórmula escolhida para a alimentação entérica também influencia a sua tolerância, sendo que, é aconselhada a escolha de uma fórmula polimérica, hidrolisada e com densidade calórica em doentes em posição prone. - É referido que estudos compararam a tolerância da alimentação entérica em doentes com e sem curarização, não sendo associada a intolerância á NE em doentes com bloqueadores musculares em PP, evidenciando a segurança da intervenção. 	
[2]	Adultos com ARDS em ventilação mecânica invasiva em posição prone.	Chennai, India	<ul style="list-style-type: none"> - O estudo realizado mostra que metade dos doentes admitidos na UCI revelavam malnutrição na admissão; - A percentagem de calorias prescritas em doentes em posição dorsal foi similar à dos doentes em posição prone; - A proporção dos doentes que receberam pelo menos 75% do objetivo prescrito das calorias e proteínas prescritas foi igual no que diz respeito às calorias e ligeiramente superior na posição dorsal no que concerne à proteína. - As interrupções na alimentação entérica não são significantes quando comparadas as duas posições; 	01 de 2013 07 de 2015

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

			<ul style="list-style-type: none"> - A intolerância á alimentação demonstrada através de aumento de VGR, vômitos,gastro paresia ou diarreia em posição prone não é clinicamente relevante; - A alimentação entérica por SNG/SOG em doentes críticos sob ventilação invasivaem posição prone é viável e bem tolerada, sendo o aporte calórico e proteico igual na posição dorsal. 	
[3]	Adultos com Covid-19 internados em UCI	Austrália e Nova Zelândia	<ul style="list-style-type: none"> - As consequências metabólicas e sintomas associados á infecção por COVID-19, leva a implicações nutricionais consideráveis, e que devem seguir recomendações estreitas, de forma a garantir o suporte nutricional dos doentes tendo em vista a sua recuperação durante o internamento e pós internamento; - A planificação em volta de práticas seguras são elementos cruciais para garantir a provisão de suporte nutricional neste doentes. - Desenvolveram-se recomendações de boas práticas; - As intervenções mais comuns incluem a sedação, a VMI precoce, a restrição de fluidos, e a colocação do dente em PP, podendo levar a uma exacerbação da disfunção gastrointestinal e afetar a absorção da nutrição; - A tolerância da alimentação entérica, pode ser otimizada com a introdução precoce da alimentação, utilizando algoritmos que recomendam o início da alimentação nos 5 a 7 dias iniciais, em dose baixa, para doentes com baixo risco nutricional e individualizando os cuidados para doentes com alto risco nutricional; - Os especialista referem a necessidade de monitorização do VGR, da introdução de volume controlado da fórmula de alimentação entérica, e do uso de uma fórmula com alto teor proteico para garantir a eficácia e tolerância. - A elaboração de protocolos de recomendação, promovem praticas seguras, que fomentem o melhor suporte nutricional as estes pacientes. 	07 de 2020

[4]	Doente crítico, internado em UCI, com Covid-19 e necessidade de aporte nutricional.	Massachusetts, Estados Unidos da América	<ul style="list-style-type: none"> - A alimentação entérica faz parte de uma prática diária dos médicos, enfermeiros e outros clínicos da equipa multidisciplinar de uma UCI. - <i>Guidelines</i> recentes desenvolvidas por especialistas na área de nutrição recomendam o início da alimentação entérica num período de 24 a 36 horas após a admissão em UCI, ou a introdução da alimentação parentérica o mais precoce possível no caso de contraindicada a alimentação entérica. - A NE é preferível à NP, contudo, deve ser suspensa quando se verifica uma instabilidade hemodinâmica, aumento do nível sérico de lactato, ou o uso de múltiplos vasos pressores; - A SNG pode ser utilizada em pacientes em PP; - O paciente em PP com alimentação entérica em curso deve permanecer em <i>Trendelenberg</i> reverso; - A NE deve sempre ser considerada, salvo se existir contraindicações como: apresentar perfusões de múltiplos vasos pressores; Pressão positiva na Via aérea, Isquemia intestinal; Envolvimento gastro intestinal com vômitos, diarreia, ou hemorragia gastrointestinal. - O valor alvo de aporte calórico e proteico deve ser ajustado se existir perfusão de Propofol, sendo essencial a comunicação com a equipa de enfermagem para que a alimentação entérica seja titulada adequadamente; - A alimentação entérica em doentes em posição prone com ARDS já foi estudada e é considerado um exercício seguro e praticável sem complicações aumentadas; - Os agentes procinéticos devem ser utilizados como forma de melhorar a motilidade intestinal e tolerância à NE. - Existe défice de evidência quanto à AE da PSC sobre perfusão de curarizantes, no entanto os especialistas referem que a NE pode ser fornecida ao doente crítico sob efeito de bloqueadores neuromusculares; - Constatou-se uma dificuldade acrescida em atingir os valores energéticos e proteicos dos pacientes em PP, por se tratar de intervenções com pouca evidência e pouco conhecimento para os profissionais de saúde. 	06 de 2020
-----	---	--	--	------------

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

			<p>O enfermeiro/Médico deve monitorizar sinais e sintomas de aspiração;</p> <ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro/médico deve monitorizar sinais de: dor abdominal, distensão abdominal, Vômitos, dejeções e flatulência. - Os níveis de glicémia devem ser monitorizados pela equipa multidisciplinar, uma vez que pelo stress metabólico e pela interação medicamentosa podem existir oscilações do nível de glucose na corrente sanguínea.; - A evidencia mostra que a alimentação entérica em bólus não é recomendada nemviável em pacientes com COVID-19.; - Não é consenso entre os especialistas o benefício do uso da Vitamina D em doentes com Covid-19, em UCI; <p>A monitorização e comunicação constante com a equipa multidisciplinar parece ser uma das formas mais eficazes para garantir uma nutrição oportuna e adequada.</p>	
[5]	Adultos com idade > a 20 anos e com diagnóstico de ARDS, sob VMI e em posição prone.	Tailândia, República da China	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes com ARDS em estado agudo correm risco de barotrauma, infeção nosocomial, fraqueza muscular, hemorragia gastrointestinal, delírio e má nutrição; - A NE é o método preferencial para fornecer nutrientes aos pacientes em UCI; - A NE na doença crítica está associada a muitos benefícios, incluído redução da inflamação, recuperação da função muscular, fornecimento de micro e macronutrientes, manutenção da integridade intestinal e promoção da sensibilidade à insulina; - Os doentes com ARDS em decúbito ventral têm um risco superior de intolerância nutricional relacionado com a postura; - O que constitui a estratégia de alimentação ideal para pacientes em decúbito ventral com ARDS é controversa; - A implementação de protocolos de alimentação é uma estratégia prática para a otimização e eficiência da NE; - O estudo realizado indica uma menor taxa de mortalidade nos doentes com fonte de energia por NE; 	09 de 2015 a 10 de 2018

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

			<ul style="list-style-type: none"> - A evidencia demonstra que em fase aguda a ingestão calórica deve ser idealmente inferior a 70%; - A intolerância alimentar relacionada à posição ventral pode explicar a menor ingestão calórica; - O estudo sugere que taxa de NE está associada a menor taxa de mortalidade em doentes em PP com ARDS; - A evidencia demonstra que as complicações gastrointestinais não aumentam significativamente no que concerne à alimentação entérica no doente em PP, podendo a ingestão calórica atingir 92% a ingestão estimada; - A idade e gravidade do estado do paciente podem explicar as diferenças na ingestão calórica; 	
[6]	Doente crítico sob ECMO, PP ou bloqueadores neuromusculares	Riyadh, Arábia Saudita	<ul style="list-style-type: none"> - Apura-se que mais de metade dos doentes em estudo revelaram necessidade de realizar um pró cinético enquanto terapia com ECMO e NE simultânea; - Dados sugerem que a NE precoce em pacientes sob ECMO é viável, geralmente seguro, e associado a um melhor desfecho clínico; - A falta de estudos sobre a correlação entre a NE e a isquemia mesentérica aguda leva a que não existam conclusões sendo, no entanto, uma preocupação; - A NE em pacientes sob ECMO é provavelmente segura e eficaz na ausência de distúrbios gastrointestinais graves, disfunção ou choque, sendo recomendada a sua introdução precocemente; - Deve ser iniciada a NE de forma gradual (Alimentação trófica ou permissiva), sendo que a vigilância de sinais de isquemia deve ser constante por parte da equipa multidisciplinar; - Estudos revelam um aumento não significativo do VGR, vômitos mais frequentes e maior número de interrupção de alimentação em doentes em posição prone e sob alimentação entérica; - Outros estudos evidenciam a inexistência de complicações ou aumento da intolerância relativamente à posição prone concomitantemente com a NE; 	02 de 2021

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

			<ul style="list-style-type: none"> - As recomendações para a prática clínica na NE em doente crítico sob VMI, em posição ventral passam por: Alimentação trófica precoce, e o uso de formulas poliméricas tratadas; Programar o volume de alimentação tendo em conta 30% do gasto energético necessário para o doente; o uso de prócinéticos; a elevação da cabeceira até ao máximo de 30º de inclinação durante a PP, monitorização da intolerância à alimentação (vómitos, diarreia, distensão abdominal, VGR), utilizar NP no caso dos doentes não conseguirem atingir a sua necessidade energética ao final da semana. - A evidência é escassa quanto à utilização de bloqueadores neuromusculares no ARDS concomitantes com a NE, contudo a recomendação com base na opinião de um especialista, é de que, a NE precoce é provavelmente segura em pacientes com bloqueio neuromuscular sem disfunção gástrica grave, não devendo ser adiada a introdução da NE apenas pela presença desses bloqueadores. 	
[7]	Clínicos em hospitais académicos e comunitários que trabalham em doente crítico com COVID-19.	Jackson St. Louisville, Estados Unidos da América	<ul style="list-style-type: none"> - Num estudo que inclui médicos, enfermeiros dietistas e outros profissionais de saúde, apurou-se que 49%, referia ter protocolos de atuação perante doente crítico com COVID-19, no entanto, apenas 21% refere ter protocolo para terapia nutricional. - Os obstáculos à alimentação entérica, provém do decurso imprevisível do paciente, o medo de aspiração, e a falta de reserva respiratória do paciente; - A NP foi adiada pela perceção de falta de benefício; - As estratégias de NE e NP não estão bem delineadas, levando a que o doente com COVID-19 ou sem a patologia, não receba o aporte calórico e proteico conveniente à sua necessidade; - É necessária a implementação de protocolos de administração de Alimentação entérica, bem como a consideração de colocação de sonda pós-pilórica precoce ou NP suplementar num doente com estado nutricional deteriorado. 	09 a 12 de 2020

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

<p>[8]</p>	<p>Doentes críticos com ARD S internados em UCI</p>	<p>Adelaide, Sul da Austrália</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Foram identificadas dez diretrizes de prática clínica; - As diretrizes afirmam a necessidade de avaliação de risco nutricional, no entanto são discrepantes quanto ao método de triagem. - A maioria das entidades fornecem recomendações sobre a prescrição de energia e proteína em pacientes com COVID-19 através do uso de uma equação preditiva; - A recomendação de introdução de alimentação entérica de forma lenta e progressiva durante os primeiros 5 a 7 dias de doença crítica em doente COVID-19, é de consenso comum; - No que concerne ao início da alimentação entérica, sete das dez diretrizes recomendam o início precoce até 48 horas após admissão em UCI, sendo que duas diretrizes recomendam o uso de alimentação trófica, precoce em pacientes com sépsis ou Choque, se não existir o uso combinado de vasopressores ou intolerância gástrica; - É consensual entre todas as diretrizes o uso de via entérica (oro ou nasogástrica) preferencialmente e em modo contínuo; - No que respeita à fórmula, é geralmente recomendado uma fórmula concentrada e com alta densidade de energia, com alto teor proteico (superior a 20%), havendo, no entanto, discrepância de recomendação quanto ao uso de glicose. - Existe conflito em relação à correlação do VGR, ser indicador ou não de intolerância à alimentação entérica, sendo que existem diretrizes que evidenciam a importância da monitorização analítica no que concerne à estabilidade hidro-eletrolítica, antes e durante a alimentação como indicador de tolerância; - Relativamente ao posicionamento é recomendado pela maioria das diretrizes a NE precoce em pacientes em posição ventral, mantendo a monitorização da tolerância; O mesmo se aplica a doentes a receberem ECMO. 	<p>01 de 2020 e 01 de 2021</p>
------------	---	-----------------------------------	--	--------------------------------

Após a síntese dos dados efetuada a partir dos artigos selecionados, procedeu-se à discussão dos resultados, perante as intervenções de enfermagem na AE no doente crítico em PP em UCI e recordando os pressupostos inerentes a esta problemática, anteriormente descritos, nomeadamente:

- O aumento do número de doentes críticos, com diagnóstico de ARDS, e que beneficiam da PP, consequente ao contexto pandémico que se atravessa nos últimos dois anos;
- O cariz particularmente grave associado ao alto risco nutricional dos doentes admitidos em UCI com esta patologia;
- A carência de intervenções estabelecidas e uniformizadas a adotar, para otimização dos cuidados a estes doentes específicos.

Assim, no que concerne aos pressupostos descritos, Behrens, S., *et al* (2021) defendem que a VMI é fundamental no tratamento do ARDS em UCI, referindo que habitualmente os doentes permanecem em decúbito dorsal, no entanto a pandemia por COVID -19, veio despertar para o uso do posicionamento em decúbito ventral, técnica utilizada desde a década de 70 e que mostra grandes benefícios na recuperação do doente uma vez que promove a oxigenação uniformemente, permitindo a expansão alveolar de forma mais eficaz e consequentemente melhorando as trocas gasosas. Os autores assumem que neste estado agudo da doença, é fundamental preservar a massa corporal, como meio de apoio á função respiratória e recuperação geral, assumindo o início da AE o mais precoce possível como crucial para o doente. Assumem as primeiras 24h a 48 horas após a admissão, como altura ideal, recomendando a alimentação trófica ou completa, afirmando, no entanto, que a PP pode ser encarada como uma barreira ao fornecimento de nutrição, devido a preocupações como a viabilidade, segurança ou tolerância.

Chapple, Lee-Anne S., *et al* (2021), identifica no seu estudo dez diretrizes no que concerne à prática clínica da NE ao doente com ARDS por COVID-19, referindo consenso em todas elas no que diz respeito à administração da AE de forma lenta e progressiva nos primeiros 5 a 7 dias da doença crítica, e, á via entérica preferencial (oro ou nasogastrica), referindo ainda que a maior parte das diretrizes aponta para o início da mesma nas primeira 48 horas após admissão.

Da mesma opinião é AL-Dorzy, H.M. *and* Arabi, Y.M.,(2021), Minnelli, N., *et al* (2020), Chapple, Lee-Anne S., *et al* (2020) e Savio, R. Dominic, *et al* (2021), este último, descreve como essencial o início precoce da NE garantindo o fornecimento de macronutrientes e micronutrientes, uma vez que este procedimento é encarado como estratégia terapêutica proativa, sendo claro, que diminui complicações, promovendo a redução do tempo de internamento, e redução das infeções bem como a taxa de mortalidade. No entanto existe discordância entre autores quanto à segurança da NE em PP.

Para Fu, P., *et al* (2021), a NE é o método preferencial para fornecer nutrientes aos pacientes em UCI afirmando que a além dos benefícios anteriormente descritos pelos autores acima

mencionados, também promove a sensibilidade à insulina;

Na perspectiva de Savio, R. Dominic., *et al.* (2021) é viável, segura e tolerável a NE contínua em doente com VMI em PP.

Behrens, S., *et al* (2021) encaram a sedação do doente, a presença de medicação vasopressora, e a terapêutica de bloqueio neuromuscular, como possíveis constrangimentos à AE e por esse motivo, descrevem a necessidade de procedimentos profiláticos para uma AE sem intercorrências ou complicações, apontando a colocação de sonda naso ou orogástrica antes da colocação do doente em PP, evitando desta forma atrasos no início da alimentação. A elevação da cabeceira a 20º, o uso de agentes procinéticos, e a suspensão da AE nos posicionamentos do doente, são estratégias definidas como essenciais para o aporte nutricional do doente com AE em PP.

Chapple, Lee-Anne S., *et al* (2020), apresentam a mesma perspectiva, referindo que as intervenções médicas comuns, incluído a sedação, VMI, restrição hídrica e o decúbito ventral podem exacerbar a disfunção gastrointestinal afetar diretamente a ingestão nutricional, preconizando por isso a adaptação dos cuidados nutricionais à capacidade do doente, iniciando a AE.

AL-Dorzy, H.M. *and* Arabi, Y.M., (2021) referem que a evidência é escassa quanto à utilização de bloqueadores neuromusculares no ARDS concomitantes com a NE, contudo a recomendação com base na opinião de um especialista, é de que, a NE precoce é provavelmente segura em pacientes com bloqueio neuromuscular sem disfunção gástrica grave, não devendo ser adiada a introdução da NE apenas pela presença desses bloqueadores.

Chapple, Lee-Anne S., *et al* (2020), no seu estudo sobre recomendações para doentes com ARDS por COVID-19, e necessidade de VMI e PP, apontam como estratégias de segurança e tolerância da NE: o controlo de VGR a cada 8 horas, como forma de evitar possíveis complicações como vômito, a administração de prócinéticos no caso de intolerância, a validação do local da sonda através da instalação de cerca de 20 mililitros de ar concomitante com a auscultação do abdómen após o posicionamento em ventral, a aspiração de conteúdo gástrico antes de se proceder ao reposicionamento do doente, bem como a suspensão da alimentação nesses mesmo momentos.

Também Minnelli, N., *et al* (2020) defende a elevação da cabeceira a 20º e assume o uso de procinéticos como forma de otimizar a tolerância da AE, principalmente quando o doente apresenta perfusões de opioides ou sedação, que tem implicação direta na motilidade intestinal e níveis de glicémia respetivamente.

AL-Dorzy, H.M. *and* Arabi, Y.M., (2021) aponta como recomendações à prática clínica tendo em vista a tolerância e aumento de volume de AE administrada ao doente com VMI em PP: A alimentação trófica precoce, e o uso de fórmulas poliméricas tratadas, a programação do volume de alimentação tendo em conta 30% do gasto energético necessário para o doente; o uso de prócinéticos; a elevação da cabeceira até ao máximo de 20º de inclinação durante a PP, e a monitorização da

intolerância à alimentação (vômitos, diarreia, distensão abdominal, VGR).

Behrens, S., et al (2021), defendem que a criação de um protocolo de alimentação dirigido ao quadro estudado, promove uma melhor rentabilidade da AE, uma vez que induz a diminuição das interrupções da alimentação levando a um aumento do volume nutricional diário, já Fu, P., et al (2021), está de acordo referindo a implementação de protocolos de alimentação como uma estratégia prática para a otimização e eficiência da NE.

Suliman, S. et al, (2021) são da mesma opinião, afirmando que as estratégias de NE e nutrição parentérica não estão bem delineadas, levando a que o doente não receba o aporte calórico e proteico conveniente à sua necessidade sendo essencial a implementação de protocolos de administração de AE.

Minnelli, N., et al (2020) e Behrens, S., et al (2021), concordam quanto à fórmula escolhida, afirmam que devem ser escolhidas fórmulas poliméricas, com densidade calórica e com micro e macronutrientes, para Chapple, Lee-Anne S., et al (2021), no que respeita à fórmula, constata que é geralmente recomendada uma fórmula concentrada e com alta densidade de energia, com alto teor proteico (superior a 20%), havendo, no entanto, discrepância de recomendação quanto ao uso de glicose.

AL-Dorzy, H.M. and Arabi, Y.M., (2021) evidencia estudos que revelam um aumento não significativo do VRG, vômitos mais frequentes e maior número de interrupção de alimentação em doentes em posição prone e sob alimentação entérica;

Savio, R. Dominic., et al (2021) afirmam que a dose alvo a atingir foi possível de acontecer com maior brevidade, pois existiu uma estreita monitorização do VGR. Com a validação da tolerância, foi possível aumentar o volume de administração, atingindo mais cedo a dose alvo prescrita ao doente. Desta forma, os autores relatam a intervenção como uma mais-valia para o sucesso da alimentação no doente em pronação.

No estudo de Chapple, Lee-Anne S., et al (2021), é identificado conflito em relação à correlação do VGR, ser indicador ou não de intolerância à alimentação entérica, sendo que existem diretrizes que evidenciam a importância da monitorização analítica no que concerne à estabilidade hidro- eletrolítica, antes e durante a alimentação como indicador de tolerância. No estudo desenvolvido por Savio, R. Dominic., et al. (2021), os autores não apontam diferenças na viabilidade, tolerância ou eficácia da alimentação entérica quando comparada a posição dorsal com a posição ventral, (Savio, R. Dominic., et al. (2021)) sendo que AL-Dorzy, H.M. and Arabi, Y.M., (2021) é da mesma opinião;

Fu, P., et al (2021) discorda, referindo que os doentes com ARDS em decúbito ventral têm um risco superior de intolerância nutricional relacionado com a postura, associando a menor ingestão calórica à intolerância alimentar relacionada à posição ventral, no entanto aponta para a evidência

demonstrada no que concerne às complicações gastrointestinais não aumentarem significativamente no que concerne à AE no doente em PP, podendo a ingestão calórica atingir 92% a ingestão estimada; Chapple, Lee-Anne S., *et al* (2021) afere relativamente ao posicionamento que este é recomendado pela maioria das diretrizes a NE precoce em pacientes em posição ventral, mantendo a monitorização da tolerância.

Behrens, S., *et al* (2021) nomeiam como contra-indicações à NE sintomas gastrointestinais graves, instabilidade hemodinâmica, e elevadas doses de vasopressores.

Minnelli, N., *et al* (2020) acrescenta a o aumento dos níveis de lactato, como contra-indicação à alimentação entérica.

Á luz da evidência encontrada, sintetizou-se em tabela as respetivas intervenções especializadas do enfermeiro. (Tabela n.º 5).

Tabela n.º 5

Síntese das intervenções de enfermagem ao doente crítico com alimentação entérica em posição prone.

Intervenção de enfermagem na alimentação entérica no doente crítico em PP	Fundamentação das intervenções	Autores que fundamentam a intervenção
<u>Identificar o tipo de alimentação do doente em PP:</u> Fórmulas poliméricas com alto teor proteico e energético;	Providenciar o adequado aporte proteico e energético;	[1],[3],[6],[8]
Administração da alimentação por bomba infusora;	Providenciar o adequado aporte proteico e energético;	[3],[4],[6],[8]
Administração de alimentação contínua;	Providenciar o adequado aporte proteico e energético.	[3],[5]
Iniciar alimentação idealmente nas primeiras 24 a 48 horas de admissão do doente em UCI podendo ir	Providenciar o adequado aporte proteico e energético.	[1],[3],[4],[6],[8]
Iniciar alimentação entérica com dose trófica e Progredir para a dose alvo de 80ml/h.	Atingir com maior brevidade possível as calorias recomendadas para cada doente.	[1],[3],[6],[8]

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

Monitorização da glicémia e ajuste da perfusão de insulina no caso de esta estar a ser infundida;	Prevenção de hipo/hiperglicemia	[4]
Administrar procinetico antes de posicionar o doente em PP	- Melhorar a motilidade gástrica; - Melhorar a capacidade de esvaziamento gástrico	[1],[4],[6]
Posicionar o doente em PP	- Providenciar melhor posição para promover trocas gasosas com eficácia.	[1],[3],[5],[6],[8]
Colocar a cama em trendelembuerg reverso (25º a 30º de cabeça para cima)	- Prevenção de aspiração de conteúdo; - Prevenção de refluxo.	[1],[4],[6],[8]
Monitorizar VGR, antes, durante e depois do posicionamento em prone.	- Prevenção de aspiração de conteúdo; - Prevenção de refluxo; - Manter integridade da mucosa; - Reduzir incidência de infeções.	[3],[6],[8]
<u>Vigiar sinais de intolerância gástrica</u> - Aumento abdominal; - Vômitos; - Refluxo; - Diminuição da motilidade intestinal; - Aumento da motilidade intestinal	- Prevenção de aspiração de conteúdo; - Prevenção de refluxo.	[2],[4],[6],[8]
<u>Vigiar sinais de intolerância por presença de vasopressores, neurobloqueadores musculares ou instabilidade hemodinâmica</u>	- Prevenção de complicações	[1],[4],[6]
<u>Vigiar possíveis complicações:</u> - Edema facial; - Deslocação do tubo oro traqueal ou da sonda de alimentação; - Lesões do plexo braquial; - Diminuição da produção cardíaca; - Lesões das córneas;	- Prevenção de complicações	[1]
Implementação e operacionalização do protocolo de alimentação entérica no doente crítico em posição prone.	- Otimização dos cuidados ao doente crítico; - Garantir aporte nutricional eficiente no doente crítico	[1],[3],[5],[7]

3.2. Planeamento E Execução

O planeamento e execução diz respeito à terceira fase da metodologia de projeto e a qual consiste na planificação do esboço do projeto, ou seja, onde se esboçam as atividades a desenvolver, bem como os métodos e técnicas de pesquisa, onde se analisam os recursos, as limitações, e as condicionantes do trabalho e onde se desenvolve o cronograma respetivo. (Ruivo et al, 2010).

Já a execução do projeto “(...) materializa a realização, colocando em prática aquilo que foi planeado.” (Ruivo et al, 2010), segundo as autoras o que anteriormente era apenas um plano passa agora a realidade, colocando em prática tudo o que foi delineado.

Na construção do planeamento foi desenvolvida uma tabela, denominada de planeamento de projeto, onde se agrupam os objetivos específicos delineados e onde foram definidas estratégias a desenvolver com vista a afeção dos mesmos. (Apêndice II)

Ruivo et al (2010), define atividade como a ação desenvolvida com vista a atingir um objetivo. Esta atividade pode ser materializada de diversas formas como por exemplo, a realização de pósteres, de ações de formação, de propostas de elaboração de normas, visionamento de filmes, entre outras. A autora salienta a importância destas ações no desenvolvimento da prática de enfermagem.

Já estratégias, a autora define como “(...) a utilização dos meios definidos no planeamento, ou seja, estas são relacionadas com o conceito de eficiência, nomeadamente a capacidade de executar corretamente a tarefa.” (Ruivo et al, 2010).

Torna-se essencial que as estratégias definidas sejam praticáveis e executáveis estando adaptadas às aptidões individuais de quem as pretende concretizar (Ruivo et al, 2010). Neste sentido as principais estratégias desenvolvidas na fase de Planeamento foram as seguintes:

- Realização de pesquisa bibliográfica, utilizando metodologia de Revisão *scoping* (Identificando questão de pesquisa, palavras-chave, selecionar critérios de inclusão de exclusão dos artigos, construir tabela de recolha de dados, pesquisar nas bases de dados EBSCO, realizar leitura dos artigos e validação dos critérios de exclusão, recolher dados dos artigos, interpretação e discussão dos resultados, construção de uma Revisão *scoping*).

- Sintetizar a evidência recolhida da pesquisa bibliográfica;
- Organizar a evidência recolhida no âmbito das intervenções tendo em conta a qualidade e segurança dos cuidados ao doente e do profissional;
- Conhecer as normas e protocolos instituídos na UCI;
- Reunir com a Enfermeira Chefe, Enfermeiro orientador e Professor orientado;
- Consultar *guidelines* já existentes relativamente à AE no doente crítico em PP;

- Construir uma proposta de norma de procedimento com base nos resultados da Revisão

Scoping;

- Reunir informalmente com a equipa da UCI (incluído reunião informal com Enfermeira chefe da UCI);
- Apresentar os resultados da Revisão *Scoping*;
- Dar a conhecer a norma de procedimento e a sua operacionalizar junto da equipa de enfermagem;
- Realizar um poster informativo, para disseminação da evidência encontrada, a colocar na sala de trabalho de enfermagem na UCI.

De salientar, que apesar de não ter sido planeado, a apresentação dos resultados da investigação do tema abordado, por meio de ação de formação, esta foi solicitada pela Enfermeira chefe do serviço em questão, tendo sido realizada uma ação de formação nesse âmbito, onde se disseminou a mais atual evidência acerca da AE no doente crítico em PP, assim como se deu a conhecer a norma instituída, bem como a forma de a operacionalizar e ainda os indicadores de qualidade levantados para a problemática estudada. A ação de formação, bem como o póster informativo realizado, podem ser visualizados em respetivo apêndice. (Apêndice IV e Apêndice V).

Associado a este planeamento foi elaborado o respetivo orçamento dos recursos humanos e materiais necessários à implementação do PIP (Apêndice II da grelha de planeamento), bem como o respetivo cronograma das estratégias previstas a serem desenvolvidas durante o 3º semestre. Este cronograma pode ser visualizado no mesmo apêndice. (Apêndice II).

Ainda nesta fase, foram definidos os profissionais parceiros para a implementação do projeto, sendo eles: Enfermeira Coordenadora da UCI, o Enfermeiro Orientadora de Estágio, o docente Orientador, Enfermeiras responsáveis pela alimentação entérica no doente crítico em UCI.

3.3. Avaliação

Nesta fase da metodologia de projeto, podem distinguir-se dois momentos de avaliação, a avaliação realizada em simultâneo com a execução do projeto e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo de desenvolvimento do projeto e o resultado do projeto. (Ruivo et al, 2010).

É fundamental o uso de instrumentos de avaliação que podem ser considerados, por exemplo as reuniões com o professor orientador, as discussões em grupo, os questionários ou entrevistas realizados. Todos estes momento podem ser momentos de avaliação. (Ruivo, et al, 2010)

No percurso desenvolvido, foram vários os momentos de pausa para reflexão e orientação do

percurso a traçar. Esses momentos foram muitas vezes partilhados com o professor orientador, com o orientador de estágio, com equipa de enfermagem da unidade em questão, algumas vezes individualmente e outras em simultâneo, tendo sido possível dessa forma realizar uma avaliação evolutiva do percurso por nós desenvolvido que permitiu a reconceptualização de estratégias e pesquisa a desenvolver visando o melhor resultado final.

No contexto da partilha de conhecimento adquirido, no âmbito da apresentação do projeto á equipa de enfermagem, solicitou-se á equipa uma breve avaliação, com recurso a um questionário on-line, individual e anónimo, de modo a apurar-se as expectativas e resultados dos participantes acerca dos conteúdos abordados, bem como uma breve avaliação ao nosso desempenho como formadores. Na generalidade obtiveram-se excelentes respostas, tendo sido possível apurar a pertinência do tema á luz dos colegas, principais intervenientes nesta abordagem. Esses resultados podem ser observados em gráfico realizado no contexto da avaliação e que se encontra em apêndice. (Apêndice VI)

No que concerne à avaliação final ou formativa, esta realizou-se na presença do enfermeiro orientador, professor orientador e estudante, em forma de diálogo crítico-reflexivo, com vista a uma introspeção relativa às ações possíveis de melhorar. O resultado final teve como instrumento um questionário com avaliação quantitativa e onde se procedeu a uma autoavaliação seguida de uma hétero avaliação por parte do Enfermeiro orientador e professor orientador.

3.4. Limitações

Como limitação na elaboração deste trabalho, salienta-se o défice de informação dirigida às intervenções de Enfermagem, no que diz respeito aos cuidados ao doente crítico em PP sob AE, sendo, no entanto, patente que praticamente todas as intervenções recomendadas descritas são intervenções e monitorizações do enfermeiro, na sequência da sua prestação de cuidados diferenciados diários ao doente. Destaca-se o facto de se tratar de uma temática recente, com estudos em curso e, portanto, em constante atualização, sendo fundamental o acompanhamento da sua progressão.

O facto de não ter sido possível o período de observação do problema levantado, causou alguns constrangimentos, uma vez que não existiu hipótese de recolha de dados objetivos e planeamento de cuidados, de forma a fundamentar as intervenções definidas pela evidência.

3.5. As Intervenções Especializadas Do Enfermeiro Na Alimentação Entérica Ao Doente Crítico Em Posição Prone.

Após uma revisão *scoping* sobre o tema “A Alimentação Entérica no Doente Crítico em Posição Prone. Uma abordagem na perspetiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

- *Scoping Review*” e, sendo a questão de investigação “Quais as intervenções de Enfermagem, na alimentação entérica em doentes com necessidade de posição prone, em UCI?”, conclui-se que é vantajoso a criação de protocolos de orientação clínica, com vista a uniformização, e a especialização dos cuidados ao doente crítico, nomeadamente a criação de um protocolo para a AE do doente crítico em PP, uma vez que este procedimento requer algumas intervenções específicas e monitorização rigorosa dos mesmo, com vista á viabilidade, segurança e eficácia da intervenção.

Como principais intervenções identificadas nas diferentes fontes, destacam-se a avaliação do risco nutricional do doente, a entubação oro ou naso gástrica do doente antes da rotação; a verificação/validação do correto posicionamento do tubo após as mobilizações, a avaliação regular do VGR, a administração de prócinéticos, após prescrição clínica ou conforme protocolo do serviço, o posicionamento do doente em *trandleburg* reverso, a monitorização de glicémia capilar, bem como da estabilidade hemodinâmica do paciente, a monitorização da tolerância, e o ajuste do ritmo de perfusão da alimentação conforme tolerância do doente, até chegar á dose alvo recomendada.

A alimentação entérica é considerada a 1^o linha de alimentação no doente crítico, quer esteja sedado ou acordado, pelos seus múltiplos benefícios, dos quais se destacam a manutenção da integridade intestinal, a recuperação muscular, a diminuição da taxa de mortalidade e do tempo de internamento, sendo que se preconiza o seu início precocemente, e, idealmente até 24 a 48h após a admissão na UCI, desde que reunidas as condições clínicas, sendo ideal o atingimento do seu valor alvo entre o quarto e o sexto dia de internamento.

É ainda consensual entre os autores o uso de fórmulas poliméricas com densidade calórica, que devem ser introduzidas de forma trófica, com aumento do seu ritmo gradualmente até à prescrição alvo.

O uso de sedação ou bloqueadores neuromusculares não foi ainda alvo de muitos estudos, sendo a informação parca, no entanto, a partir da evidência existente assume-se que, esta situação não deve ser considerada uma barreira á alimentação entérica, sendo viável e seguro desde que tomadas as medidas preventivas acima descritas.

As complicações associadas a esta modalidade são a distensão abdominal, diarreia, aumento do VGR e vômitos levando ao risco de uma pneumonia.

Como contraindicações á alimentação entérica em PP, enumera-se, distúrbios gastrointestinais graves como hemorragia digestiva alta ou baixa, pressão positiva na via área em doente acordado, Uso concomitante de vários vasopressores ou a progressão no uso dos mesmos e a instabilidade hemodinâmica. Considera-se a alimentação entérica no doente em decúbito ventral, acordado ou sedado, viável, segura e eficaz, contudo, é salientada a necessidade de uma monitorização rigorosa do doente, de forma a não comprometer uma deteção precoce do agravamento da função Hemodinâmica do doente, podendo, portanto, levar a complicações.

No contexto do estágio final que decorreu numa UCI de um hospital da Margem Sul, e como futuros EE em EMC – PSC, considera-se de extrema pertinência, o tema abordado, uma vez que a planificação dos cuidados ao doente com ARDS é essencial para a sua eficaz recuperação, promovendo assim a uniformização da atuação do enfermeiro.

Com base nesta revisão *Scoping* e, tendo em conta as vantagens identificadas na planificação da atuação do enfermeiro na melhoria da qualidade dos cuidados ao doente crítico com alimentação entérica em posição prone, assume-se que foi de grande relevância a realização de uma norma de orientação clínica para o serviço, bem como a formação dos profissionais, no sentido de atualizar e uniformizar práticas baseadas na evidência científica, melhorando a qualidade dos cuidados diferenciados a estes doentes. Esta Norma de Procedimento encontra-se para consulta em apêndice. **(Apêndice VIII).**

4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo tem como finalidade, realizar uma análise crítica reflexiva, detalhada, de forma a descrever as estratégias de aquisição de competências de especialista e mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, no decorrer do percurso académico, relatando e analisando criticamente a nossa trajetória e crescimento, na aquisição dessas mesmas competências, nos vários contextos decorrentes do percurso de formação.

Competência é definido por Benner como “uma área interpretativamente definida do desempenho competente identificada e descrita pelo seu intuito, funções e significados” (Tomey e Alligood, 2004, p. 193).

Apesar da temática estudada no contexto do Projeto de intervenção ser dirigida aos cuidados especializados de enfermagem na AE do doente crítico em PP, no decurso do Mestrado/Especialização realizaram-se outras intervenções com vista a serem atingidos os objetivos propostos para aferir a aquisição das competências identificadas anteriormente.

Para a concretização desta análise, usar-se-ão os conhecimentos obtidos da prática clínica do estágio, os conteúdos teóricos das aulas lecionadas em contexto de mestrado, e a experiência prévia, consequente dos oito anos de exercício de funções num SUG.

Relembrando o modelo de Patricia Benner, que faz referência ao facto de “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das atuações” (BENNER, 2001, p.63), atenta-se que, para o desenvolvimento de competências, é identicamente importante a experiência. A autora define igualmente experiência como o “processo ativo de refinamento e alteração de teorias e ideias pré-concebidas quando confrontadas com situações

concretas; implica a existência de um diálogo entre o que é esperado e o que se encontra na prática” (Tomey e Alligood, 2004, p.194).

Não faria sentido, a reflexão acerca das competências desenvolvidas e adquiridas, sem dar especial enfoque à Teórica Patricia Benner e ao seu Modelo: De iniciado a Perito, uma vez que este tem enfoque no efetivo crescimento da pessoa como enfermeiro com licença para aprender e aquele que queremos alcançar com este relatório, que é o de perito em Enfermagem.

Assim, durante este capítulo, elucidar-se-á para a reflexão destas competências á luz da teoria de Patricia Benner e serão descritas e analisadas as experiências e competências obtidas ao longo do percurso formativo e profissional.

4.1. De Inicado A Perito: Modelo De Patricia Benner

Na obra de Patrícia Benner, “De iniciado a perito” a autora defende a prática como método de criar conhecimento. O desenvolvimento deste modelo de aquisição de competências adaptado á prática de enfermagem, tem como base o modelo desenvolvido por Dreyfus (1980) e do qual resultam cinco níveis de aquisição de competências. (Tommev & Alligood, 2004)

Benner (2001) realizou a sua pesquisa, concretizando entrevistas a várias enfermeiras, desde recém-licenciadas a gestoras e aplica esta teoria á enfermagem com base nos resultados obtidos.

A autora identifica cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências/conhecimento na prática de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

Segundo a autora entende-se por enfermeira iniciada aquela que não é detentora de experiência, sendo o seu desempenho regido pelas regras e instruções fruto da sua aprendizagem, diz normalmente respeito a estudantes de enfermagem e enfermeiros em integração em serviços. Já a enfermeira iniciada avançada, corresponde aos recém-licenciados, onde o enfermeiro já detém um desempenho auto-suficiente, pois já vivenciaram algumas experiências reais em contexto de estágio, autonomamente ou através do orientador. (Benner, 2001).

O próximo nível corresponde à enfermeira competente e que se verifica quando inicia o processo de apreciação dos seus atos em termos objetivos ou de planos a longo prazo. A enfermeira inicia o processo de capacidade de planeamento consciente. Esta aquisição de competências surge da observação da prática dos outros. (Benner, 2001). Segundo a autora, este estado corresponde a enfermeiros que estejam no serviço há cerca de dois ou três anos.

Na mesma ordem de ideias a autora caracteriza a enfermeira proficiente como aquela que se apercebe das situações como um todo, tendo a perceção global das situações e não isoladamente.

Tomme & Alligood, (2004, p. 193) identificam que “(...) as enfermeiras demonstram uma nova capacidade para ver a importância da mudança numa situação.” Na medida em que a situação evolui. Tornam-se crescentemente mais confiantes nas suas capacidades. Existe um envolvimento natural do cuidar incluído o doente e família. Esta fase é atribuída pela autora a enfermeiros a exercer funções há cerca de cinco anos no mesmo serviço.

Por último, a enfermeira perita que a autora define como detentora de uma enorme experiência e que de forma intuitiva compreende e apreende cada problema sem se perder em soluções ou diagnósticos vazios. (Benner, 2001).

A enfermeira perita é aquela que tem a capacidade: “(...) de reconhecimento de padrões com base num passado profundamente experiente (...)” (Tomme & Alligood, 2004), indo ao encontro das verdadeiras necessidades do doente e família.

Do estudo de Benner (2001) emergem sete domínios, que dizem respeito:

- O papel da ajuda;
- A função da educação/orientação;
- A função de diagnóstico e de vigilância do doente;
- A gestão eficaz de situações que alteram rapidamente;
- A administração e a vigilância dos protocolos terapêuticos;
- Assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados;
- Competências de trabalho organizacional.

Tendo em conta o objetivo deste relatório, o contexto da prática clínica no exercício da sua profissão e em contexto de estágio é de extrema relevância proceder-se à análise reflexiva de aquisição de competências à luz desta teoria. Esta análise permite á estudante, enquadrar-se num destes níveis de competência, e perceber as fases do seu desenvolvimento e crescimento.

Numa tentativa de aplicar este modelo à prática em cuidados intensivos, a autora desenvolveu alguns domínios na prestação dos cuidados de enfermagem em cuidados intensivos e que se julga pertinente enunciar:

- Diagnosticar e gerir as funções fisiológicas básicas em doentes instáveis;
- O know-how competente de gestão de uma crise;
- Providenciar medidas de conforto para os doentes em estado crítico;

- Cuidar das famílias dos doentes;
- Prevenir os acidentes num ambiente tecnológico;
- Enfrentar a morte: Cuidados de fim de vida e tomada de decisão;
- Comunicar e negociar múltiplas perspetivas;
- Monitorizar a qualidade e gerir a falha;
- O Know-how competente de liderança clínica e o treino e a orientação de outros. (Tommev & Alligood, 2004).

Salienta-se assim, este modelo conceptual que assume a experiência ao longo do tempo como promotora e geradora de conhecimento clínico. Para a autora o enfermeiro desenvolve as suas competências com base nas experiências vivenciadas, associadas ao seu conhecimento teórico.

O estudo desta teoria permite a visão sobre os problemas e a procura de orientações com vista às estratégias de resolução de problemas ou situações na prestação de cuidados.

Contudo é defendido pela autora que é com a experiência que o enfermeiro desenvolve a prática competente, desenvolvendo assim o seu conhecimento. Consiste no “Saber-fazer”. (Benner, 2001).

No ambiente de prestação de cuidados à PSC, as capacidades de previsão clínica precoce são fundamentais para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem idónea.

É com esta visão que refletimos e fundamentamos as competências adquiridas ao longo destes oito anos de experiência em serviço de Urgência e que culminou com a frequência neste mestrado.

4.2. Análise Reflexiva Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista E Mestre Em Enfermagem

No âmbito das competências do EE, este é aquele que reúne o conjunto de competências que advém do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro generalista concretizando-se em competências específicas para cada área de especialidade. Este perfil de competências visa ser regulador das competências, demonstrando assim que o enfermeiro especialista é detentor de um conjunto de “(...) conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (DR, 140/2019. P. 4745)

É aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.” (DR, 140/2019, p. 4744)

No Regulamento de competências comuns do Enfermeiro especialista, está esclarecida a denominação de competência comum do enfermeiro como as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade e que diz respeito à habilidade de “conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. (DR, 140/2019, p. 4745).

Estas competências comuns estão organizadas em quatro domínios:

- A- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- B - Melhoria contínua da qualidade,
- C - Gestão dos cuidados, e
- D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Estes domínios serão explorados individualmente no seguimento desta reflexão.

Salienta-se assim, independentemente da área de especialidade, que todos os enfermeiros especialistas partilham competências comuns e que são aplicadas em qualquer cenário de prestação de cuidados de saúde, envolvendo todas as dimensões de atuação adjacentes à sua praxis e que permita a evolução contínua da prática de enfermagem. (DR, 140/2019, p. 4744).

Entende-se por domínio de competência: “uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.” (OE, 2010, p.3, alínea d), por seu lado, estes, têm associadas a si, unidades de competência que são:

“(…) um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.” (OE, 2010, p.3, alínea f)

Para Benner, um domínio diz respeito “a uma área da prática que tem um número de competências com intuítos, funções e significados semelhantes.” (Tomey e Alligood, 2004).

No que concerne ao grau de Mestre, esta categoria, segundo a OE (2021) é atribuída àquele que for detentor de:

“(…) capacidade de integração de conhecimentos, sua aplicação crítica, reflexão sobre as implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação clara e objetiva das suas apreciações, dos conhecimentos e raciocínios subjacentes (…)” (OE, 2021, p. 1)

São enumeradas sete competências de mestre em enfermagem, doravante identificadas pelos respetivos números:

Competência 1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

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

Competência 3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Competência 4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Competência 5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Competência 6 – Realiza a 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.

Competência 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Tendo em conta as competências de enfermeiro especialista e mestre enumeradas, procedeu-se a uma reflexão crítica, quanto às estratégias e meios utilizados no percurso académico da estudante para o desenvolvimento dessas competências. Uma vez que existe uma analogia entre as competências de Mestre em enfermagem, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – Pessoa em situação crítica, optou-se por realizar uma análise conjunta.

Considerando os quatro domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas, passamos à análise de cada um individualmente.

4.2.1. 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

Descritivo

(...) Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

A1.1 – Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.

A 1.2 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de

especialidade.

A 1.3 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

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

Descritivo

O enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

A 2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos.

A 2.2 – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

Competências de Mestre em Enfermagem

Competência 3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Conforme descrito no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, especificamente no Artigo 8º do Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem (REPE, 1996, p.4): “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”

No decurso da prática profissional, priorizam-se estes saberes em todas as intervenções desempenhadas, junto da pessoa e família, tendo ainda em conta o respeito pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, que nos diz que todo o ser tem o direito à dignidade, liberdade e segurança, “todos os seres humanos nascem iguais em dignidade e em direitos (ONU, 1948, artigo 1).

Qualquer utente que recorra a um SUG, prospeeta um atendimento humanizado, por profissionais treinados, com capacidade de reconhecer os problemas do utente e que de forma adequada respondam a esses mesmos problemas e solicitações. No doente em situação crítica, esta situação tem ainda uma maior dimensão, sendo esperada a atuação dos profissionais, fundamentadas no conhecimento científico que detêm, e na plenitude das dimensões ética, legal e deontológica, tendo

em vista as necessidades do doente em risco de vida eminente.

O artigo 5º do REPE, (Dec. Lei, 161/96, p.3), segue esta linha de pensamento, onde se lê: “Os cuidados de enfermagem são caracterizados por: 1) Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade, (...) estabelecendo uma relação de ajuda com o utente (...)”.

Já o código deontológico, no artigo 110º, alínea a) no que concerne à humanização dos cuidados, o enfermeiro é responsável por “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”. (OE, 156/2015).

No contexto profissional é comum o confronto com a decisão de não reanimar, sendo imprescindível a tomada de decisão com suporte no código deontológico, ético e de direitos humanos. Essa decisão é sempre discutida em equipa.

Durante o estágio, foram desenvolvidos os cuidados de Enfermagem, com base na premissa máxima dos direitos das pessoas, salvaguardado o direito à dignidade, liberdade e segurança de cada pessoa garantindo os valores, crenças e desejos do doente/família, fundamentando as intervenções em princípios éticos e seguindo o código deontológico.

Participou-se de forma ativa e reflexiva junto da equipa de enfermagem de UCI de um CH da margem Sul e do enfermeiro orientador, na tomada de decisão da equipa, através da discussão e reflexão de casos clínicos vivenciados no contexto de estágio e que de alguma forma implicassem decisões ou situações que pudessem causar conflito no que respeita aos valores individuais dos pares, aplicando os conhecimentos adquiridos no âmbito da UC de Epistemologia, Ética e Direito lecionado no percurso deste mestrado.

Dá-se especial enfoque a uma situação vivenciada durante o estágio e que levou a equipa a refletir, tendo sido a tomada de decisão, conjunta, e tendo em vista os valores e desejos da família. A situação diz respeito ao acolhimento e prestação de cuidados intensivos ao pai de um colega que trabalha na própria unidade, mas que, não mantinha relação ativa com o próprio pai, sendo a comunicação entre ambos inexistente já há vários anos. Esta situação delicada foi alvo de análise minuciosa por parte da equipa multidisciplinar, visando a implementação de estratégias de atuação e garantindo que qualquer constrangimento ou problema ao doente/família tivesse por base de resolução a dignidade e o respeito pelos valores e vontade dos envolvidos, tentou-se atuar em sintonia e de forma preventiva nesses problemas ou complicações, respondendo em tempo útil e de forma holística às necessidades, do colega e utente, garantindo o sigilo profissional, a segurança e a privacidade do doente/família.

Dada a situação de instabilidade hemodinâmica, que levou o doente a cumprir critérios de ingresso na UCI, este teve ainda uma paragem cardiorrespiratória (PCR), na presença do filho, que se encontrava a exercer funções no dia e hora respetivo ao evento. A vontade do colega de não participar

nas manobras de Reanimação cardiopulmonar foi respeitada, garantindo a sua privacidade e vontade. Foi ainda respeitada a vontade do colega de manter-se em presença física enquanto manobras de reanimação cardiopulmonar, que, por conseguinte, foi eficaz.

Na perspectiva de Nunes (2011), sendo a dignidade humana o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios este deve estar presente, de forma inequívoca, em todas as intervenções e decisões.

Esta situação levou á reflexão por parte de toda a equipa presente, sendo patente que se manteve uma postura profissional e ética, suportada na Deontologia Profissional do Enfermeiro, pois inerentemente à Ética de Enfermagem está intimamente relacionado a deontologia profissional (Nunes, 2011).

Considera-se que a aquisição desta competência surge através da análise, debate e reflexão com vista à tomada de decisões fundamentadas, tendo em conta os aspetos relativos ao conhecimento e às dimensões ética, deontológica e do direito associado aos cuidados de saúde.

Para o desenvolvimento deste domínio de competências foram essenciais as aulas e o trabalho desenvolvido como forma de avaliação da UC de Epistemologia, Ética e direito lecionada no curso de Mestrado.

Na investigação desenvolvida, foram tidos em conta os princípios universais da ética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Na elaboração do Projeto de intervenção, mantiveram-se todos os princípios éticos subjacentes, através dos pedidos de autorização para a realização do mesmo às várias entidades envolvidas, como foi o caso da Enfermeira Chefe da Respetiva UCI, e grupo de trabalho responsável pela alimentação na unidade, existindo a manutenção do princípio da confidencialidade quer da instituição, dos intervenientes e profissionais de saúde parceiros para a elaboração deste projeto.

4.2.2. 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.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

B 1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria continua da qualidade.

B 1.2 – Orienta projetos institucionais na área da qualidade

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

B 2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas.

B 2.2 – Planeia programas de melhoria contínua.

B 2.3 – Lidera programas de melhoria contínua.

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

B 3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos /grupo.

B 3.2 – Participa na gestão do risco ao nível institucional e /ou de unidades funcionais.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

Competência 5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Competência 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.

Atendendo à panóplia das problemáticas de saúde e ao aumento da sua complexidade, também a exigência para a qualidade dos cuidados de saúde aumenta, exigindo consequentemente uma melhoria e crescimento constante dos padrões de qualidade dessa mesma assistência. (OE, 361/2015), nesta linha de pensamento, assume aqui o enfermeiro especialista um papel fulcral na

implementação desses mesmos cuidados especializados e com elevada qualidade e segurança, assim como na gestão de risco para o cliente, atuando na prevenção de eventuais problemas que possam surgir.

Neste sentido:

“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem.” Descrito no Artigo 8º do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, p.4).

Também a OE, tem manifestamente descrita a sua preocupação no que concerne a esta temática, e assume através da elaboração e revisão contínua, de um documento denominado de: “Padrões de qualidade dos cuidados em Enfermagem” e o “Regulamento de cuidados especializados de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica” (OE, 2012), a sua posição. A leitura e análise destes documentos tornaram-se essenciais para a execução do estágio.

No que concerne aos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem, este foi o instrumento encontrado para dar reflexo à melhoria dos cuidados de enfermagem e fornecer aos cidadãos essa mesma informação. Este documento surge também, pela necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros, permitindo desta forma a implementação de sistemas de melhoria de qualidade nesse mesmo exercício. (OE, 2001).

Foi neste ponto de vista que a OE desenvolveu enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, com a intenção de reformar métodos e técnicas que demonstraram não ser favoráveis para os cidadãos. É essencial a reflexão sobre a prática para assim se traçar objetivos e estruturar estratégias para o serviço a prestar. (OE, 2001).

Com a premissa de um cuidar, tendo por base os metaparadigmas da enfermagem: Pessoa, saúde, ambiente e cuidados, a OE, (2001) define os seguintes descritivos centrais à qualidade do exercício profissional:

- **A Satisfação do cliente:** Foca-se no respeito, empatia nas interações, parceria e envolvimento dos cuidadores, enfatizando o empenho para a diminuição do impacto negativo no cuidar. Tem o intuito de aumentar a satisfação do cliente.
- **A promoção da saúde:** Identifica situações e recursos, visa a criação de oportunidades de estados de vida saudáveis, a promoção da saúde e o fornecimento de informação para promoção da aprendizagem de estratégias para a saúde. Leva ao alcance do máximo potencial.
- **Prevenção de complicações:** Identifica potenciais problemas, de forma que a enfermagem possa intervir com intervenções de rigor técnico e científico, levando a que a enfermagem seja uma referência para outros profissionais. Previne complicações.

- **Bem-estar e Auto-cuidado:** Visa a identificação de problemas e a implementação de intervenções. Implica a prescrição dessas intervenções com rigor técnico e científico, englobando a referenciação para outros profissionais, assim como a supervisão das atividades delegadas e a responsabilização pelas decisões tomadas.
- **Readaptação funcional:** diz respeito á continuidade de cuidados, com intervenções planeadas como o planeamento da alta, com o máximo aproveitamento, otimizando os processos de readaptação.
- **Organização dos cuidados de enfermagem:** Funciona como o quadro de referência no exercício profissional, existindo sistemas de melhoria contínua, sistema de registos da satisfação do cliente, assim como políticas de formação contínua utilizando métodos organizacionais de cuidados promotores de qualidade.

A OE (2001), reúne assim um conjunto de itens que na clínica são um conjunto de diagnósticos intervenções e resultados e que se denominam de resumo mínimo de dados. Estes produzem indicadores, que por seu lado são orientados para as intervenções autónomas de enfermagem indo de encontro aos enunciados descritivos com vista os padrões de qualidade da profissão.

De forma a garantir a excelência do cuidar, foram ainda definidos enunciados descritivos ao cuidar especializado na enfermagem médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica, isto permite constituir um referencial para a prática especializada, que motive a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade, (OE, 2017). Aqui, e tendo por base os mesmo enunciados descritivos, o enfermeiro especialista em EMC- PSC tem a capacidade de antecipação de complicações e gestão dos riscos tendo como base a evidência científica, podendo na sua prática desenvolver e aplicar protocolos de cuidados ou normas de procedimento. (OE, 2017).

Fazendo referência ao modelo de Patrícia Benner (2001), é possível a integração deste domínio de competências nos domínios descritos pela autora como indissociáveis das competências do enfermeiro perito. Nesta perspectiva considera-se que o Projeto de intervenção desenvolvido em contexto de estágio permitiu a aquisição deste domínio de competências. O projeto de intervenção foi desenvolvido em contexto de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

A estudante liderou, planeou e avaliou o projeto que visou a segurança do doente no que concerne a AE no doente crítico em PP, promovendo os cuidados essenciais, seguros e com qualidade, garantindo os melhores cuidados no que concerne ao aporte calórico adequado, e essencial ao doente crítico e na prevenção de possíveis complicações adjacentes a esta técnica, fazendo assim a gestão de risco associada ao procedimento e operacionalizando o seu estudo através da realização de uma norma de procedimento. (**Apêndice IV, V e VII**).

Estando presente que a qualidade e segurança em saúde são dois conceitos indissociáveis e

que todos os profissionais de saúde a visam alcançar na sua prática diária, estes encontram-se integrados na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021- 2026.

Nos cinco anos passados (2015-2020) o PNSD definiu como estratégias para a segurança do doente no SNS, melhorias ao nível de questões específicas como:

” (...) a cultura de segurança, a identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde, a par da notificação de incidentes de segurança”. Estas estratégias e a sua avaliação/monitorização foram essenciais para a elaboração deste novo PNSD. (DR – Despacho 9390/2021, p.98).

No sentido da prestação de cuidados seguros e de qualidade a estudante é conhecedora dos programas de melhoria contínua do CH onde desempenha funções, nomeadamente o plano de gestão de risco que integra programas preventivos como o plano de prevenção de quedas, o plano de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, e o plano de prevenção e tratamento de Úlceras por Pressão, salientando que a estudante integra o Grupo Institucional de Prevenção e Tratamento de Feridas, (Anexo 1), desde 2016, sendo elo de ligação perante a equipa e elemento de referência no serviço no que concerne a este indicador de qualidade.

Neste contexto, são regulares as formações em que é convidada a participar no âmbito da problemática das úlceras por pressão (UPP), sendo proativa no papel que desempenha no serviço, manifestamente relacionado com a criação de estratégias para participação de toda a equipa na atualização diária da escala de *Braden*, posicionamento dos doentes, utilização de material preventivo de UPP disponível no serviço e que muitas vezes é descurado por parte dos profissionais, pelo contexto em que estão inseridos. O SUG é um serviço que constantemente, se encontra sobrelotado, levando a inexistência de dotações seguras e colocando em risco a segurança e qualidade dos cuidados dos doentes, sendo ainda mais relevante a importância destes elementos e do papel que desempenham.

Relativamente ao ambiente terapêutica seguro a estudante prima pelo rigor, promovendo a realização de um trabalho seguro com vista a uma ambiente terapêutico, primando pelo incentivo dos pares e tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem.

No PNSD, 2021-2026, é inequívoco o objetivo de atuação. Assume-se a promoção da segurança como necessidade, em que é essencial um esforço conjunto de todas as partes, com uma abordagem que vise a sua continuidade e que seja promotora da melhoria contínua da qualidade (DR – Despacho 9390/2021, p.98).

Com a mesma linha orientadora, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4

de setembro, na sua Base 1, relativa ao direito à proteção da saúde refere que: “(...) a segurança do doente constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais” (DR. Despacho n.º 9390/2021 – p. 98)

Como objetivo para os próximos cinco anos, foi definido no PNSD (DR, despacho n.º 9390/2021 – p. 98021 -2026) a promoção da segurança:

“(…) na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. “(PNSD, 2021-2026)

Este plano é suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos, nomeadamente: Cultura de segurança, que corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo, que regem as ações relativas às questões de segurança do doente. O segundo pilar diz respeito à liderança e governança e visa a priorização e desenvolvimento de criação de condições que permitam a cultura desta segurança ao doente, assumindo que a condução das instituições a este nível leva a uma forma de resposta aos desafios e complexidades da prestação de cuidados, por parte dos profissionais. (DR, 9390/2021, p. 99),

O terceiro pilar corresponde à comunicação, que é essencial ao longo de todo o ciclo de prestação de cuidados, e essencial na transição dos cuidados e responsabilidades, de todos os profissionais de saúde envolvidos, na prestação de cuidados ao doente. (DR, 9390/2021, p. 100),

A prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, é apontado como quarto pilar, que nos remete para a importância da notificação de incidentes de segurança do doente, promovendo a aprendizagem com o erro e executando estratégias de melhoria contínua no cuidar. (DR, 9390/2021, p.101)

Por último, o quinto pilar que agrupa as práticas seguras em ambientes seguros, e que corresponde ao condicionamento que o contexto e as condições podem trazer à prestação de cuidados de qualidade e seguros, sendo fundamental garantir as dotações seguras, bem como a adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a sua formação contínua, a organização e a existência de ferramentas e instrumentos como essenciais à prática de cuidados com qualidade e segurança. (DR 9390/2021, p. 102).

Este plano é assim considerado uma ferramenta fundamental para a operacionalização e estratégias nos diferentes níveis de cuidados, de modo a garantir e aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo como foco o doente e seus cuidadores.

Ao longo do ensino clínico, conheceu-se, participou-se e cumpriu-se os protocolos existentes no serviço, de forma a concretizar a unidade de competência correspondente, levando à reflexão e

continuidade dos projetos já implementados no serviço no âmbito da melhoria contínua da qualidade.

Foram ainda mobilizados conhecimentos adquiridos no âmbito das UC's lecionadas ao longo do curso de mestrado.

4.2.3. 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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

C 1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

C 1.2 – Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

C 2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

C 2.2 – Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

Competências de Mestre em Enfermagem

Competência 1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

No que concerne a este domínio de competência o OE no regulamento 101/2015 é claro quando explicita:

“(…) os enfermeiros gestores contribuem na gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem através da avaliação de desempenho e estabelecendo normas e critérios de atuação, propondo protocolos adequados para a prestação de cuidados, dando pareceres sobre instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem e colaborando na implementação de métodos e estratégias de ensino/aprendizagem.” (OE, 2015b)

A estudante é atualmente segundo elemento da equipa que integra, assumindo o posto de chefe de equipa por diversas vezes desempenhando as funções definidas em documento interno do CH (2018 a), respeitante às descrições de funções de Chefe de equipa de enfermagem do SUG, disponível para consulta em anexo) e que refere que o enfermeiro chefe de equipa atua na coordenação e supervisão das equipas de enfermagem e de Assistentes operacionais, cooperando na decisão e análise de assuntos relacionados com a organização e funcionamento do serviço. (Anexo 2) A função de chefe de equipa é segundo o mesmo regulamento, atribuído àquele, que detenha capacidade de liderança, gestão de conflitos, relações públicas no que concerne à equipa e ao doente/família e equipa multidisciplinar, devendo este ser uma referência no que toca ao sentido de responsabilidade, lealdade para com o serviço/instituição, iniciativa e proatividade, apresentando capacidade organizativa, e de envolvimento com os problemas do serviço garantindo a execução e a monitorização das normas em vigor no serviço e instituição. Para o cumprimento desta função o chefe de equipa tem que ser detentor de um conhecimento aprofundado acerca das normas e funcionamento do serviço, assim como do equipamento, material, provisionamento e medicação, de forma a ter capacidade de resposta às solicitações externas que possam surgir. (Regulamento Centro Hospitalar, 2018 a).

No desempenho de funções como chefe de equipa a estudante desempenha funções de gestão de vagas, participando ativamente na reunião diária do serviço, e que conta com a participação da restante equipa multidisciplinar, nomeadamente o chefe de equipa médico, Enfermeira gestora, Diretor clínico, Assistente Social e equipa de Gestão de Altas. Nesta reunião são discutidas as possíveis altas para esse dia, as possíveis transferências para as vagas existentes nos serviços do CH, assim como a evolução ou notificação de casos sociais e soluções previstas para os mesmos.

É função da estudante, enquanto chefe de equipa, realizar a escala de trabalho, dividindo a equipa pelos postos de trabalho e ajustá-la justamente em função da carga de trabalho, garantindo a rotatividade de postos e garantindo a equidade e imparcialidade.

É também desempenhado pela estudante, quando escalada de chefe de equipa, a reposição dos estupefacientes, obedecendo este procedimento a uma contagem, registo e reposição rigorosa, sendo função do chefe de equipa assegurar o stock dos mesmos em cada turno.

No que concerne ao ensino clínico desenvolvido em UCI, foi possível observar, conhecer e mobilizar conhecimentos relativos ao funcionamento organizacional e das infraestruturas da instituição de saúde, dos recursos disponíveis e das equipas multiprofissionais onde se inserem de forma a garantir que os cuidados prestados correspondem à qualidade desejada de acordo com o regulamento do CH da margem sul e descrito no Guia de Integração de Enfermeiros na UCI do referido hospital.

Foi possível analisar a gestão diária da Unidade de cuidados intensivos, através da observação das funções desempenhadas pelo enfermeiro orientador, como 2º elemento da equipa, e as respetivas intervenções dos elementos da equipa disciplinar, colaborando nas decisões de equipa.

Aprofundou-se conhecimento sobre as características da Unidade, o seu funcionamento, os recursos materiais disponíveis e a sua localização.

Participou-se na reestruturação e organização da Unidade de Cuidados Intensivos, uma vez que se encontrava deslocada no SUG do mesmo hospital para obras de reestruturação, modernização e expansão do espaço.

Durante o estágio foi possível ajudar na organização e arrumação do novo espaço, alocando as unidades, capacitando as unidades com o material necessário, definindo circuitos, analisar e adequar rotinas.

A UC de gestão e governação clínica, lecionada no âmbito deste mestrado foi também uma mais-valia ao desenvolvimento de estratégias e conhecimento face ao domínio aqui refletido.

Neste sentido considera-se que estas capacidades foram adquiridas ao longo do percurso profissional e académico da estudante, considerando-se que, no entanto, estas são capacidades em constante desenvolvimento, uma vez que cada situação vivida é uma aprendizagem, devendo ser encarada como enriquecimento ao nível de conhecimento.

4.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

D 1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D 1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

D 2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho.

D 2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.

D 2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

Competência 4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Competência 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.

No que respeita às competências supracitadas, estas estão inerentes ao código deontológico do enfermeiro, que no seu artigo 100º alínea e) descreve como dever deontológico "(...) a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional." (OE, Regulamento 156/2015).

O enfermeiro na procura pela excelência no exercício da profissão de enfermagem assume o dever de: "c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas:)" (OE,

Regulamento 156/2015).

Posto isto, é evidente a necessidade constante pela procura do conhecimento fomentando a atualização desses mesmos conhecimentos com enfoque na prestação de cuidados de excelência.

O SUG é um serviço em contante mudança, sendo imprevisível o minuto seguinte, onde a transição de uma ambiente sob controlo, rapidamente passa para um ambiente de necessidade emergente de atenção, neste sentido a aluna encara as experiências vivenciadas diariamente, como ferramentas de autoaprendizagem e que lhe permitem adquirir experiências que levam á reflexão e procura pelo conhecimento científico. Esta instabilidade de situações levou a estudante a procurar conhecimento, de forma a conseguir adequar a sua atuação no seu dia a dia às necessidades dos doentes, garantindo a mais eficaz resposta à problemática que surja, neste sentido existe investimento continuo.

Considera-se a experiência adquirida através da presença em formação já realizada em contexto de mestrado como Suporte Avançado de Vida (SAV), (Anexo 3), *International Trauma Life Support* (ITLS), (Anexo 4), bem como presença em formações em serviço como “Disritmias no serviço de Urgência”, “Ventilação mecânica invasiva no Serviço de Urgência”, “Ventilação Mecânica Não-Invasiva”, “ Abordagem ao Doente Renal Crónico em Serviço de Urgência”, “Abordagem ao doente Politraumatizado” , com os devidos certificados para consulta em Anexo 5) e “Transporte de Doente crítico”, (que não foi possível disponibilizar comprovativo de frequência por atraso na emissão do mesmo, tendo esta sido a última formação assistida), essenciais para atualização de conhecimento, com vista a excelência do cuidar. Ainda nesta ordem de pensamento a aluna participou com uma comunicação livre no seminário internacional vulnerabilidades sociais e saúde, com o tema: “O uso da oxigenioterapia nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória aguda secundária á Covid-19: Uma *Scoping Review*”, (Anexo 6).

A integração de colegas, no serviço onde se desempenham funções como enfermeira generalista, e a frequente orientação de alunos de licenciatura em Enfermagem, foi também um fator facilitador no processo de aprendizagem. (Anexo 7 e 8).

Na procura pelo saber e pela excelência, a estudante participou recentemente no curso inicial de orientadores de ensino clínico, lecionado pelo Instituto Politécnico de Setúbal, o que mostrou ser uma ferramenta útil para uma futura orientação clínica de alunos de licenciatura em contexto de SUG. Até á data ainda não se rececionou o certificado de participação.

Ressalva-se a inscrição da estudante no XXIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva que por motivos alheios à estudante foi cancelado e marcado para data recente e que não era congruente com a disponibilidade da estudante.

De salientar, que, também os trabalhos desenvolvidos no decorrer deste percurso académico foram sem dúvida alguma, instigadores do saber, despertando o interesse da estudante para a área da

investigação e essenciais para o desenvolvimento e consolidação de competências e conhecimento na área da Enfermagem Médico-cirúrgica.

No decorrer do ensino clínico foi realizada uma revisão *scoping*, da qual resultou um artigo científico, com o título: “O Cuidado Especializado do Enfermeiro, ao doente crítico com alimentação entérica em posição prone: Uma *Scoping Review*”, a aguardar publicação na revista *Percurso*, este processo de investigação foi relevante para a consolidação das competências analisadas. O resumo do artigo desenvolvido encontra-se disponível para consulta no **Apêndice I**.

Ainda em contexto de Ensino Clínico foi realizado um póster informativo, com o tema da problemática estudada e divulgado pelo serviço de UCI, onde foi identificado o problema. (**Apêndice V**).

Considera-se a aquisição desta competência com recurso à vertente da investigação, que atualmente tem contribuído de forma muito positiva para o crescimento da Enfermagem, na procura contínua por ganhos para a saúde.

4.3. Análise Reflexiva Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica E Mestre Em Enfermagem

“Competência específica são as competências, 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”. (DR 140/2019, p. 4745)

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica está definido em DR (429/2018, p. 19359) e integra juntamente com o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista:

“(…) o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de enfermagem a pessoa em situação crítica, a pessoa em situação paliativa, a pessoa em situação peri operatória, e a pessoa em situação crónica, provendo um enquadramento regulador das competências, comunicando à população o que esperar destes profissionais especializados,” (DR, 429/2018, p. 19359)

Estão assim definidas três competências específicas do enfermeiro especialista em EMC. (DR, Artigo 2, 429/2018 P, 19359):

a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família /cuidadores a vivenciar

processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crônica;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

4.3.1. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica

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

Descritivo

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família /pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

1.2 - Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.

1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica otimizando as respostas.

1.4 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família, /cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

1.5 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e /ou falência orgânica.

1.6 – Assiste a pessoa, família, /cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Competências de Mestre em Enfermagem

Competência 1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Competência 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

O processo de doença crítica e/ou falência orgânica assume-se como sendo um evento inesperado com repercussões a nível individual e familiar. A dependência total e o imprevisto exigem o reconhecimento do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica como elemento essencial na resposta às necessidades de cuidados seguros das pessoas em situação crítica. Desta forma, a enfermagem deve manter “A intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica.” (OE, 361/2015 p, 17241).

Do ponto de vista dos padrões de qualidade Especializados no domínio aqui refletido estes estão definidos como: (...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua á pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (OE, 2015, p. 17241)

Tendo em conta o contexto profissional da estudante desde há oito anos, e sendo atualmente o 2º elemento da equipa, a estudante assume frequentemente a Sala de Reanimação e conseqüentemente os cuidados ao doente em situação emergente, por conseguinte o desenvolvimento da capacidade de resposta rápida, com aptidão para a gestão emocional e intelectual em situação de stress foram adquiridas ao longo do tempo.

A avaliação inicial do doente em contexto de emergência é fundamental, para atuação rápida e eficaz, sendo utilizada a mnemónica “ABCDE”, que consiste numa avaliação célere e organizada das funções vitais.

Conforme descrito pelo INEM (2012), a abordagem ABCDE define prioridades de tratamento e a sua atuação efetua-se sempre segundo a terminologia internacional de prioridades: A (*Airway*), permeabilização da Via Aérea com controlo da coluna Cervical, B (*Breathing*), ventilação e oxigenação, C (*Circulation*), assegurar a circulação com controlo da hemorragia, D (*Disability*), disfunção neurológica, E (*Expose/Environment*), exposição com controlo de temperatura.

As cinco etapas constituem a avaliação inicial ou primária da vítima. Este tipo de abordagem permite uma sistematização dos cuidados a prestar, possibilita a identificação dos problemas e a sua resolução quase imediata. Qualquer condição que ocasione potencial risco de vida deve ser imediatamente abordada e se possível, resolvida, antes de prosseguir o processo de avaliação. Isto é, não se deve seguir para o passo seguinte da avaliação sem antes resolver a condição que põe em risco a vida (INEM, 2012).

No contexto hospitalar, este algoritmo é abordado de um modo praticamente simultâneo, pois os recursos humanos são maiores.

Este processo implica profundo conhecimento sobre os protocolos do serviço de forma que o problema seja rapidamente solucionado, garantindo o restabelecimento precoce das funções vitais comprometidas.

No que concerne á estudante, esta é detentora de conhecimento de todos os protocolos existentes no seu contexto profissional, nomeadamente, protocolo via verde acidente vascular Cerebral (VVAVC), via verde coronária, via verde sépsis, intoxicações medicamentosa; anafilaxias, protocolo de dor, protocolo de Hipertensão arterial, protocolo de cetoacidose diabética, assim como é detentora de habilidades e conhecimentos no que diz respeito a monitorização invasiva, sendo hábil no manuseamento de cateter venoso central, linha arterial, ventilação mecânica não invasiva e VMI. Competências e conhecimento adquiridos ao longo do seu percurso profissional.

Outro protocolo existente no SUG é a triagem de *Manchester*, este visa proporcionar o melhor auxílio, por prioridade de assistência clínica conforme a sua urgência ou necessidade, garantindo que os recursos sejam aplicados de forma eficiente. (Santos, Freita & Martins 2013)

Este protocolo consiste em procedimentos específicos, onde a queixa principal do doente, é alocada a um fluxograma, que por sua vez tem discriminadores-chave que permitem categorizar a triagem e que, por conseguinte, permite a priorização dos doentes em subgrupos, nomeadamente, emergentes, muito urgentes, urgentes, menos urgentes e não urgentes, sendo que emergentes pressupõe a necessidade de observação imediata, enquanto, muito urgente, urgente, menos urgente e não urgente, prevê o atendimento médico em 10, 60, 120 e 240 minutos respetivamente. (Santos, Freita & Martins 2013).

Esta ferramenta torna-se essencial enquanto instrumento de apoio á gestão do risco clínico em contexto de Serviço de Urgência.

Salienta-se o facto de a estudante ser detentora do curso de Triagem de *Manchester* desde 2016 (Anexo 9). A aplicação deste protocolo revela-se uma ferramenta essencial uma vez que faculta informação pertinente quanto ao estado clínico da pessoa, permitindo a atuação precoce.

Destacam-se ainda, como fundamentais, os conhecimentos teóricos lecionados na UC de EMC II e EMC IV, esta última, que primou pela atualização de formações essenciais, como SAV e ITLS (Anexo 3 e 4), fundamentais para uma atuação em situação de PCR ou situação de trauma, ambas as situações, vivenciadas inúmeras vezes pela estudante na sua prática diária e consideradas ferramentas fulcrais para a mobilização de conhecimentos no decorrer do estágio.

Estas competências permitem à estudante a deteção e a antecipação de instabilidade hemodinâmica da pessoa bem como garante a implementação de protocolos inerentes ao serviço onde desempenha funções, levando á ativação de recursos específicos e á administração desses complexos protocolos. Esta mestria, permite o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o doente, desenvolvendo desta forma a comunicação interpessoal e reforçando a relação terapêutica com o doente que se encontra em situação de risco de vida, tornando-se um vetor no fortalecimento dessa mesma relação com a família que de igual forma passa por uma situação de angústia perante o desconhecido e incerto.

No âmbito do estágio final, que decorreu em contexto de UCI num hospital da margem sul, e dada a complexidade dos cuidados inerentes á pessoa com necessidade de internamento nestas unidades, torna-se essencial a implementação de protocolos de forma a uniformizar procedimentos, diminuindo desta forma o risco para o doente e profissional, assim, a estudante teve oportunidade de conhecer e experienciar os protocolos existentes em contexto de UCI, primando pelo cumprimento dos mesmos no seu contexto de estágio. Esta experiência foi uma mais-valia, tendo sido considerada enriquecedora de conhecimento e técnica, tornando mais abrangente, vasto e complexo esse mesmo conhecimento. No decorrer do estágio, a aluna colocou em prática protocolos terapêuticos já existentes no serviço, nomeadamente, o protocolo de toilette brônquica, protocolo de insulina, protocolo de delírio, protocolo de curarização, protocolo de alimentação, protocolos de isolamento, protocolo de heparinização de cateteres, técnica de substituição renal, manuseou e geriu dispositivos invasivos como cateter de hemodiálise, cateter central, linha arterial, ventilação invasiva, bem como drenagens torácicas, drenagens abdominais, e pensos cirúrgicos complexos .

Durante o estágio a estudante teve oportunidade de observação e manuseamento de um cateter de contorno de pulso de débito cardíaco (PICCO), tendo sido o primeiro contacto da estudante com tal intervenção, e que suscitou interesse, permitindo aprofundar conhecimentos acerca da temática, conduzindo a estudante à procura de evidência para suportar a aprendizagem clínica.

Trata-se de um cateter de termo diluição arterial que é inserido num acesso arterial para avaliação contínua invasiva de parâmetros hemodinâmicos. (Dias et al, 2006).

A colocação de cateter PICCO é uma técnica invasiva, utilizada na abordagem clínica e hemodinâmica do doente agudo / crítico, e está indicado em doentes que necessitem de uma monitorização cardiovascular e volumétrica possibilitando uma monitorização contínua e dinâmica do débito cardíaco, diagnóstico e prognóstico, orientação terapêutica e controlo de estado hemodinâmico, identificação e prevenção de complicações e ainda, ajuste e otimização de ventilação. (Dias et al, 2006).

Este procedimento requer decisão médica quer na decisão da necessidade de colocação quer na própria colocação, no entanto é essencial que todos os profissionais envolvidos identifiquem a sua indicação, e benefícios prováveis. O enfermeiro assume um papel fulcral na prevenção de infeções relacionadas com colocação, manutenção e remoção deste cateter. Foi aplicado pela estudante o procedimento sectorial de cuidados de enfermagem ao cateter arterial vigente no C.H onde decorreu o estágio.

No contexto acima descrito, a aluna privou durante 300 horas com o doente em situação crítica, tendo tido oportunidade de participar no transporte de doente crítico em contexto Intra-hospitalar, agilizando e gerindo todo o processo de transferência para o Bloco operatório, ou no seu acompanhamento para realização de exames complementares de diagnóstico.

A formação em transporte de doente crítico Intra e inter-hospitalar em que a estudante participou recentemente, foi também um elemento facilitador para a consolidação desta aprendizagem. Também em contexto laboral, muitas vezes a estudante é o elemento selecionado para o transporte desta tipologia de doente, por ser detentora da capacidade de mobilização de conhecimentos e capacidade preditiva de complicações em caso de instabilidade durante o transporte.

Este estágio providenciou à estudante a oportunidade de contactar com o doente crítico de várias vertentes, doente crítico cirúrgico, doença aguda, ou agudização de doença crónica.

Foram levantadas as necessidades reais do serviço em questão, tendo sido a aluna responsável pela implementação e operacionalização de um projeto de melhoria contínua de qualidade dos cuidados de enfermagem, com a temática da AE no doente crítico em PP. A estudante identificou a problemática, planeou as intervenções, implementou um protocolo de atuação, e executou este projeto, procedendo à avaliação desse mesmo projeto através da formação á equipa, e contribuindo desta forma para a melhoria contínua da qualidade. (Apêndice IV).

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

Descritivo

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

2.1– Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.

2.2– Concebe em articulação com o nível estratégico, ou planos de emergência e catástrofe.

2.3– Planeia resposta à situação de catástrofe

2.4 Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe

2.5 Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Competência de Mestre em Enfermagem

Competência 5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Competência 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

No que concerne a esta competência, importa inicialmente definir catástrofe. Esta, segundo a OE (2011) é uma situação que envolve um elevado número de vítimas simultaneamente e que leva a uma alteração do normal funcionamento dos serviços de saúde, em particular, do serviço de Urgência, levando conseqüentemente á alteração á pratica dos cuidados de saúde, sendo fundamental a capacidade de resposta no sentido de salvar o maior número possível de vidas, tendo em vista o melhor tratamento possível, otimizando os recursos humanos e materiais bem como o espaço físico.

Catástrofe está ainda definida pela Lei de bases da Proteção civil – Decreto de lei n.º 27/2006, no seu artigo 3º, ponto 2 e descrito em DR (429/2018, P.19363), como “(...) acidente grave ou a 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.”

Para a OMS, (2008), catástrofe é o acontecimento que cause danos, instabilidade económica, perda de vidas humanas e deterioração da saúde e dos serviços de saúde, numa dimensão tal, que se justifique uma mobilização excepcional de auxílios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida.

Posto isto, e remetendo ao passado, mas sendo considerada uma experiência fulcral para aquisição de competências no domínio em estudo, a estudante teve a oportunidade de participar num simulacro de cenário multivítimas, denominado por RAILEX 2017, e que envolveu além do CH em que a estudante desempenha funções, também o contexto pré-hospitalar. Este simulacro aconteceu com cenário multivítimas em que as mesmas foram levadas para contexto de serviço de Urgência, e que contou com a participação da Proteção Civil e Polícia de Segurança Pública. A estudante desempenhou um papel ativo, participando na articulação e gestão do espaço físico, através da triagem e mobilização de doentes para as áreas correspondentes, divididas por priorização, aplicando as fichas de ação existentes no SUG e que têm função de orientar os diversos elementos intervenientes em situação de ativação deste plano, estabelecendo uma relação de elevada cooperação com a equipa médica. Este evento permitiu testar várias fichas de ação, que constam no Plano de Catástrofe do respetivo CH, nomeadamente: Chefe de equipa médica - SUG, enfermeiro chefe/coordenador do SUG, central telefónica, responsável da segurança, gabinete de crise, e área da triagem.

Para Martins (2017) a experiência clínica simulada é o “(...) conjunto de atividades estruturadas que representam uma situação real ou potencial, na qual os participantes desenvolvem um conjunto de atividades num ambiente simulado, mas realista e utilizando materiais e equipamentos reais” O autor defende o treino simulado como sendo atualmente uma estratégia pedagógica fundamental na formação de profissionais de saúde, em qualquer nível de graduação e ao longo da vida.

No decorrer do simulacro, foram testadas as fichas de ação, que previamente foram consideradas para a realização do simulacro, sendo cumpridas as diretrizes definidas, com ativação do nível 2 do plano de catástrofe externa do CH. Foram testados os tempos de evacuação e organização dos espaços da área da triagem e das consultas externas. Foi reunido o Gabinete de Crise, com a comparência de todos os intervenientes previstos, na sala de reuniões do SUG, de onde se procedeu à coordenação do plano de catástrofe de forma simulada. Foi feita a triagem de catástrofe na área de triagem, das cinco vítimas do simulacro que efetivamente foram recebidas no SUG, com encaminhamento das mesmas para uma sala que simulou a área vermelha e a área amarela. Das restantes 18 vítimas que seriam encaminhadas para o CH, foi criado um cenário, ainda que teórico, de vítimas graves e não graves, sendo feito um exercício de triagem de catástrofe com a equipa de triagem nomeada para o efeito.

Foi de facto uma excelente oportunidade para testar o plano de catástrofe externa, tornando possível avaliar a operacionalidade do plano, e permitindo a conjugação das várias fichas de ação. O plano de catástrofe externo e interno do respetivo CH, encontra-se em anexo para consulta. (Anexo 10).

Conforme Foronda, Liu, & Bauman, (2013) a prática simulada é um meio satisfatório e eficaz de aumentar o conhecimento e a confiança em estudantes e profissionais de saúde, assumindo como uma mais-valia o investimento na simulação com precisão e características semelhantes á realidade, considerando a pesquisa com base na evidência, essencial, garantindo desta forma, que a simulação produza os resultados pretendidos. Os autores referem ainda que só desta forma será possível garantir a qualidade e eficiência do cuidar.

Mais recentemente, no decorrer das funções da estudante, como enfermeira generalista no SUG de um hospital da margem sul, e perante o quadro pandémico atravessado nos últimos anos, tendo sido efetiva a declaração de estado de emergência a nível nacional e acionado o plano de catástrofe no Hospital onde a estudante desempenha funções, foi exequível a aquisição desta competência com base na experiência vivenciada. Durante estes dois anos de pandemia e sensivelmente 173 dias de estado de emergência, existiu a necessidade de conceção e planeamento das intervenções de enfermagem no sentido de dar resposta as necessidades dos doentes, respondendo em articulação com toda a equipa multidisciplinar a assistência rápida bem como a monitorização e priorização dos doentes, o escoamento dos mesmos para os restantes serviços do hospital tendo por base a prioridade do doente de modo a assegurar a eficiência nos cuidados prestados, adequando permanentemente os recursos humanos e físicos e as intervenções, aos obstáculos que foram surgindo. Este flagelo veio, proporcionar a aquisição desta mesma competência.

Estas situações são complexas, e exigem, principalmente ao chefe de equipa um domínio do plano de catástrofe, onde é necessária uma capacidade organizativa e de liderança, perante a equipa,

exigindo à mesma, espírito e trabalho de equipa. Outro exemplo, são os surtos de gripe, associados aos Invernos e que traz ao SUG uma constante e elevada afluência de doentes. Isto leva a um aumento significativo de internamentos e de doentes críticos, devido à descompensação das suas patologias de base. Por anos consecutivos é necessária a ativação do plano de contingência, abrir serviços, transferir para outros hospitais, arranjando estratégias para a mobilização de doentes.

Ainda com base na experiência vivenciada, a aluna assume conhecimento quanto ao plano de catástrofe interno e externo, do Centro Hospitalar em que desempenha funções e do serviço em que íntegra, participando em todas as formações em Serviço contempladas no plano de formação contínua tendo procedido à última recertificação no ano de 2019. (**Anexo 11**).

No decorrer destes oito anos de exercício de funções como enfermeira no SUG, a estudante já experienciou várias situações de contato com pessoa em situação crítica, muitas vezes várias pessoas em simultâneo com instabilidade hemodinâmica e risco de vida eminente na sala de reanimação, nomeadamente em cenários de acidente de viação do qual habitualmente resultam mais que uma vítima em simultâneo, sendo que por vezes é a estudante, como 2º elemento atual da equipa que integra, a assumir o papel de chefe de equipa de enfermagem e a proporcionar resposta imediata através da mobilização de conhecimentos que vão de encontro ao domínio aqui abordado. Nestas situações é imprescindível a capacidade de gestão eficaz dos recursos existentes, garantindo a eficácia dos cuidados prestados.

Em contexto de estágio em UCI, a aluna não concretizou a atividade a que se tinha proposto, nomeadamente a participação ativa na criação de planos de evacuação e estratégias de resposta a situação de exceção e catástrofe, função atribuída ao Sr., Enf.º F.T., orientador da estudante.

Esta situação deveu-se, como já foi elucidado em capítulo respetivo, ao facto da UCI onde a aluna desenvolveu competências, não apresentar, ainda, plano de catástrofe desenvolvido, tendo sido recentemente criado um grupo de trabalho para o desenvolver, no entanto e dada a modernização/expansão do respetivo espaço, e que, á data de término do estágio da estudante ainda não estava operacionalizado na totalidade, não foi possível a participação da estudante neste projeto.

3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas

Descritivo

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e á diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnostico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.

Como unidades de competência esta categoria tem definido:

3.1– Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta à necessidade do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

3.2– Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas á prestação de cuidados de saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica.

Competência de Mestre em Enfermagem

Competência 5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Competência 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Em 2018 a OMS descreve que as infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS) representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente. IACS agravam o prognóstico, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes, aumentam a mortalidade/morbilidade e conseqüentemente os custos hospitalares. (OMS, 2018)

Por seu lado a DGS (2008) e descrito em DR no Regulamento de Padrões de Qualidade dos cuidados Especializados de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, define as IACS como uma infeção adquirida como consequência dos cuidados e procedimentos prestados numa qualquer unidade de saúde, e que pode afetar doentes e profissionais de saúde. (DR, 361/2015, p. 17241).

A evolução tecnológica e científica, expõe o doente ao aumento de risco de infeção pela implementação avançada de novos procedimento invasivos e vasta gama de medicação, sendo que, com base na evidência, parte dessas infeções podem ser evitadas. (DR, 361/2015, p. 17241).

A implementação de medidas preventivas nas IACS deve ser priorizada pelo enfermeiro, uma vez que este é detentor de um papel ativo no planeamento e concretização dessas mesmas medidas, visando a redução desta incidência.

Considerando a evidência disseminada em contexto de UC de Enfermagem Médico-cirúrgica V, e os trabalhos realizados neste contexto, fundamenta-se a consolidação de conhecimentos bem como a mobilização dos mesmos para a praxis diária, facilitando o planeamento e operacionalização de protocolos rigorosos de controlo de infeção, implementados no serviço onde a estudante

desempenha funções e na sua experiência em estágio.

A obrigatoriedade da conceção de Unidades de Controle de Infecção surge no Decreto de lei n.º 246 de 23/10 de 1996, sendo constituídas equipas responsáveis pelo planeamento e monitorização de um plano de prevenção e controlo de infeção, com instruções do ministério, ao nível regional e nacional. (DGS, 2008).

No seguimento, foram criados vários programas sobre esta problemática, tendo surgido o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção (PNCI), com objetivo “conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da Infecção, através da identificação e modificação de práticas de risco” (DGS 2013).

Este procedimento foi revisto mais tarde e denominado deste então por Plano Nacional de Prevenção e Controle das Infecções associadas aos Cuidados de Saúde, tendo sido criada uma rede de registo de IACS a nível nacional e criadas comissões de controlo de infeção (CCI) que atualmente se denominam por Grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeções e da resistência aos antimicrobianos (GCLPPCIRA).

No decorrer da prestação de cuidados diferenciados em contexto de estágio a aluna primou pela prestação de cuidados à PSC, em conformidade com os planos de controlo de infeção inerentes ao serviço, através da análise dos mesmos e das medidas implícitas à sua aplicação, validando os protocolos junto da equipa multidisciplinar e garantindo a sua aplicabilidade fundamentada na evidência atual.

As constantes atualizações das medidas preventivas de controlo de infeção são essenciais para o enfermeiro especialista, no que concerne á procura permanente da excelência no seu exercício profissional.

Na prática clínica decorrente do estágio realizado, conheceu-se o plano de controlo de infeção em vigor, respeitando-o e cumprindo as suas indicações, implementando as medidas descritas nesse plano.

É pratica do serviço, seguir escrupulosamente os protocolos de controlo de infeção implementados, como a descontaminação do utente por *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (MRSA), que corresponde há higienização do doente com apósitos de descontaminação próprios para o efeito, as colheitas de zaragatas nasal/oral ou anal para pesquisa de agentes microbianos, realizada na admissão do doente, e repetida regularmente, como forma de evitar possíveis contaminações, os protocolos de isolamento de contacto, via área ou gotícula;

O uso de Equipamento de proteção individual (EPI), no contexto clínico de UCI é assíduo, sendo a forma de proteção para o utente e profissional. O uso de touca, mascara e bata, é uma das medidas implementadas para controlo de infeção no serviço respetivo, sendo prática diária o uso do mesmo para qualquer que seja a intervenção ao doente crítico.

Para além do equipamento individual, esta UCI tem também vários protocolos que visam o controlo de infeção. Cada doente está isolado entre si, na sua unidade respetiva, material e equipamentos próprios, cada unidade detém um carro de material, sendo que tudo o que nela consta é pessoal e intransmissível. O material é colocado em carro próprio e os níveis do material são criteriosamente cumpridos, como forma de evitar o desperdício, aquando da mobilização do utente para outra unidade que não intensiva. Todo o excedente não usado no doente, é irrecuperável e desperdiçado, procedendo-se á posterior descontaminação/desinfeção do espaço e material com produtos e tempos próprios e também eles descritos em protocolo próprio.

Também os resíduos são separados individualmente em cada unidade, existindo em cada uma os respetivos locais e meios para a eficaz separação de resíduos.

A técnica asséptica nas mais variadas intervenções, como o procedimento de técnicas invasivas, montagem e preparação de material para esses mesmos procedimentos, manuseamento da via área, manuseamento de cateter venoso central, linha arterial, cateter de hemodiálise, cateter vesical, ou pensos, alimentação parentérica, foi cumprida com extremo rigor.

Cada equipa tem um elemento de referência, á CCI, sendo este o elo de ligação à mesma. Este elemento é responsável pela aplicação de auditorias em determinados procedimentos na prestação de cuidados ao doente, ou seja, o enfermeiro é auditado quanto á técnica de assepsia, respetiva ao procedimento, esta medida funciona como instrumento, garantindo assim um foque do enfermeiro para o cumprimento das medidas de prevenção de infeção associada ao cuidado de saúde. Também a aluna foi auditada no decorrer do estágio.

Igualmente os familiares são foco da atenção por parte dos enfermeiros nesta UCI, sendo função do enfermeiro colocar o protocolo em vigência no serviço para a receção dos visitantes. É o enfermeiro responsável pelo doente, que faz o acolhimento á família/pessoa de referência, primando pelo esclarecimento e ensino da necessidade de também ele usar EPI no contacto com o doente. Esse ensino é feito em zona própria, onde também existe uma zona destinada para equipar o visitante. No final da visita, esse EPI é desperdiçado em zona própria para o efeito na unidade da cada doente e é responsabilidade do enfermeiro assegurar que tal procedimento é cumprido. Durante o estágio a aluna assumiu individualmente o cuidado ao doente, sob a supervisão clínica do Sr. Enfermeiro F.T., primando pelo cuidado holístico, tendo sido também foco da aluna a relação com a família e pessoas de referência, sendo frequente o acolhimento, acompanhamento e ensinamentos á família durante o horário de visitas, garantindo as medidas necessárias ao controlo de infeção.

No contexto profissional diário em SUG, existe uma grande afluência e é essencial a gestão de risco, uma vez que maioritariamente este serviço se encontra sobrelotado, tornando difícil a aplicação de medidas de controlo de infeção. No entanto a aluna reconhece os protocolos existente no serviço, promovendo o conhecimento dos mesmos aos colegas mais recentes e garantindo a operacionalização

dos mesmos, muitas vezes fazendo a gestão do espaço físico do SUG, como chefe de equipa, garantindo o encaminhamento de doentes com possível risco de doença infetocontagiosa para zonas possíveis de isolamento e assegurando a identificação correta dos locais, bem como os procedimentos a adotar para cada tipo de isolamento.

São reconhecidos os elementos de ligação á CCI do seu serviço, sendo assídua nas formações em serviço sobre a temática, garantindo a sua atualização /conhecimento sobre o tema.

No passado assistiu e participou em formação de cariz teórico e prática simulada no que concerne ao protocolo instituído para o Ébola, e para o SARS-CoV-2, sendo que este último ainda se encontra em vigor e é cumprido rigorosamente na sua prática diária em contexto ADR (Atendimento de Doentes Respiratórios). Participou em treino simulado de utilização de colocação e remoção de EPI, abordagem à via aérea em doente com foco de transmissão por gotícula ou aerossolização, nomeadamente para doente infetado com SARS-CoV-2 sendo efetivo o cumprimento desse treino na atual prática clínica. No percurso destes dois anos de pandemia muitos foram os doente com necessidade de VMI, e prestação de cuidados emergentes com indicação de isolamento por via aérea/gotícula. O uso de EPI adequado foi, e é diário.

A experiência profissional e clínica neste percurso, levou à aquisição de competências no que concerne ao domínio aqui refletido.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório, constituiu um período crítico-reflexivo sobre todo o percurso desenvolvido. Neste trabalho, espelha-se todo o percurso realizado, quer na realização do PIP, com recurso à metodologia da Revisão Scoping, mas também na demonstração de desenvolvimento e aquisição de competências EE em EMC – PSC e Mestre em enfermagem. Consideramos essencial a retrospeção analítica do que foi feito, do que podia ter sido feito e do que foi feito, mas podia ter sido melhorado. Neste ponto de vista, considera-se como alcançado o objetivo geral delineado previamente, que visava a apresentação de forma crítica/reflexiva a aquisição dessas competências.

O estágio foi um contributo imensurável para a aquisição e consolidação destes conhecimentos, pois proporcionou a prática baseada na evidência, através da realização do PIP, permitindo a divulgação desse trabalho pela equipa multidisciplinar, demonstrando através dessa disseminação que o cuidar especializado do enfermeiro nos cuidados ao doente crítico com alimentação entérica em posição prone, tem aplicabilidade prática e, é efetivo que melhora a qualidade dos cuidados ao doente, tendo em vista a sua segurança. Assim considera-se também o alcance dos objetivos específicos planeados que visavam a difusão do PIP pela equipa.

O nosso trabalho foi desenvolvido à luz de teoria da Incerteza na Doença de M. Mishel, e que tem enfoque na pessoa/família a passar por processo de doença crítica, e que conseqüentemente experiência o sentimento de incerteza face ao desconhecido. Esta teórica foi a base para o desenvolvimento de todo o nosso projeto, fazendo todo o sentido no contexto que nos inserimos. O enfermeiro especialista enquanto ser capacitado para desenvolver e aplicar protocolos de atuação, assumindo a gestão do risco inerente aos mesmos, está também a criar uma relação terapêutica com a pessoa/família a atravessar um processo de doença crítica, estimulando a confiança nesta tríade, podendo por isso ser um forte elo à gestão de estratégias de coping para lidar com a incerteza. Foi neste ponto de vista, que achámos que a aplicabilidade desta teoria se torna essencial no desenvolvimento de competências relacionais, tendo em vista a pessoa e família como um todo, sendo a premissa máxima a otimização de estratégias para a gestão de sentimentos e incertezas gerados no contexto de um internamento em UCI.

O estágio consolidou o “saber - ser”, possibilitou a prestação de cuidados à PSC, aplicando um conjunto de ferramentas e estratégias desenvolvidas e que nos capacitaram para agir e pensar como EE em PSC.

A intervenção do EE nesta temática da alimentação entérica na PSC em PP é essencial para a sua eficácia. A nossa intervenção nesta área faz toda a diferença no bem-estar e recuperação do utente, tendo em vista a capacitação do doente na sua recuperação.

Neste percurso, agiu-se com proatividade e dinamismo, quer em contexto de estágio, quer no processo de aprendizagem contínuo e autónomo.

A procura pelo conhecimento e mobilização do mesmo na sua aplicabilidade foram uma constante, exigindo uma partilha persistente no seio da equipa multidisciplinar, promovendo a prática reflexiva.

Considera-se ter sido possível responder de forma holística e competente às necessidades da PSC e família internado em UCI, atuando com rigor técnico e científico, tendo sempre em conta as necessidades emocionais, as crenças e os desejos, de forma dirigida e individualizada.

Como limitação destaca-se, o facto de não ter sido possível a operacionalização da norma de procedimento realizada, pelo contexto físico do local de estágio se encontrar com algumas limitações. No entanto, agiu-se em conformidade para uma implementação futura, sendo a avaliação global de todo este processo, muito positiva.

Em suma, considera-se que o percurso traçado foi fundamental para o desenvolvimento, aquisição e consolidação das competências comuns e específicas em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente na vertente da PSC e Mestre em Enfermagem, sendo o trabalho desenvolvido, um contributo no que concerne ao crescimento da enfermagem como ciência e profissão.

REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. Portugal. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada10-agosto-2017.pdf>
- Administração Central de Sistema de Saúde (ACSS). (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. Ministério da Saúde.
- Al- Dorzy, H. M.; & Arabi, Y. M. (2020). Enteral Nutrition Safety Whith Advanced Treatments: Extracorporeal Membrane Oxygenation, Prone Positioning, and Infusion of Neuromuscular Blockers. *ASPEN – Nutrition in Clinical Practice*, Volume 36, number I, p.88-97.
- Alencar, E. S., Muniz, L. S.S., Holanda, J. L. G., Oliveira, B. D. D., Carvalho, M. C. F., Leitão, A. M. M., Cavalcante, M. I. A., Oliveira, R. C. P., Silva, C. A. B., Carioca, A. A. F. (2021) Enteral nutritional support for patients hospitalized with COVID-19: Results from the first wave in a public hospital. *Nutrition* n. º 94, 111512, p. 0899-9007.
- Amaral, G.; e Figueiredo, A.S. (2020). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, série V, nº 5: e200.36. p. 1-8. Disponível em: <http://doi:10.12707/RV20036>
- American Psychological Association (2021) *Guia de Normas APA*, 7ª Edição. [Disponível em <http://normas-apa.org/>]
- Behrens, S., Kozeniecki, M., Knapp, N., & Martindale, R.G. (2020) Nutrition Support During Prone Positioning: An Old Technique Reawakened by COVID -19. *ASPEN - Nutrition in Clinical Practice*, Volume 36, number I, p.105-109.
- Benner, Patricia. (2001). *De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática de Enfermagem. Edição comemorativa*. Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X

BRASPEN Journal (2021). *Diretrizes BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parental* - Volume 36 – Número 3 – Suplemento 3 – Diretrizes 2021.

British Dietetic Association, Critical care Specialist Group (2020). *BDA Critical care Specialist Group COVID-19 Best Practice Guidance: Feeding Patients on Critical Care Units in the Prone Position (awake and Sedated)*. 2ª Edition.

Bruni, A., Garofalo, E., Grande, L., Auletta, G., Cubello, D., Greco, M., Lombardo, N., Garieri, P., Papaleo, A., Doldo, P., Spagnuolo, R. & Longhini, F. (2020). Nursing issues in enteral nutrition during prone position in critically ill patients: A systematic review of the literature. *Intensive & Critical Care Nursing journal*, n.º 102899, p.1-7.

Carvalho, L., & Costa, T. (2016). *Empreendedorismo*. Uma visão global e integradora. Lisboa. Edições Sílabo.

Centro Hospitalar. (2021). Manual de integração de enfermeiros na UCI.

Centro Hospitalar (2008) Regulamento da Unidade de Cuidados Intensivos.

Centro Hospitalar. (2013). Plano de ação do Serviço de Urgência Geral.

Centro Hospitalar. (2012). Regulamento Interno do Centro Hospitalar.

Centro Hospitalar. (2017). Plano de Contingência Global do CH.

Centro Hospitalar. (2018a). Descrição de Funções do Enfermeiro Chefe de Equipa de Enfermagem Serviço de Urgência Geral.

Chapple, L. S., Fetterplace, K., Asrani, V., Burrell, A., Cheng, A. C., Collins, P., Doola, R., Ferrie, S., Marshall, A.P., Ridley, E.J. (2020). Nutrition management for critically and acutely unwell hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Australia and New Zealand. *Nutrition & Dietetics*, n.º 77, p. 426-436.

Chapple, L.S., Tatuco-Babet, O.A., Lambell, K.J., Fetterplace, K. & Ridley, E.J. (2021). Nutrition guidelines for critically ill adults admitted with COVID-19: Is there consensus?. *ESPEN-Clinical Nutrition Journal*, n.º 44, p. 69-77.

Diário da República, 2ª Série. N.º 187. Despacho n.º 9390/2021. Plano Nacional para a segurança dos Doentes. Disponível em: [Despacho n.º 9390/2021 | DRE](#). [Consultado em: 20 Março de 2022).

Diário da República, (2019), Regulamento n.º 140/2019. Regulamento para das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115692952>, [consultado em novembro de 2021].

Diário da República, Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica.

Diário da República, Dec. Lei 74/2006, Capítulo III. O Grau de Mestre.

Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>, [consultado em novembro de 2021].

Direção Geral de Saúde. *Norma de Orientação 021/2020: COVID-19: Terapêutica nutricional no doente com COVID-19*. Disponível em: [Orientação 021 2020 act 18 02 2021.pdf \(nutrimento.pt\)](#) consultado em novembro de 2021.

Direção Geral de Saúde, (2003). *Cuidados Intensivos, Recomendações para o seu desenvolvimento*. ISBN: 972-675-097-0.

Dias, F. S., Rezende, E., Mendes, C. L., Réa-neto, Á., David, C. M., Schettino, G., Lobo, S. M., et al. (2006). Parte II: Monitorização Hemodinâmica Básica e Cateter de Artéria Pulmonar *, *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, n.º 18, 63–77. Disponível em: <http://>

www.scielo.br/pdf/rbti/v18n1/a12v18n1.pdf, consultado em março de 2021.

- Foronda, C., Liu, S. & Bauman, E.B., (2013). Evaluation of Simulation in Undergraduate Nurse Education: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*, n.º e1-e8
- Fu, P.K., Chao, W.C., Hsu, C. Y., Wang, C.H. & Wang, C. Y. (2021). Caloric Intake with High Ratio of Enteral Nutrition Associated with Lower Hospital Mortality for Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome Using Prone Position Therapy. *Nutrients*, n.13, 3259, p. 1-10.
- Guo, P., Saab, N., Post, L.S. & Admiraal, W. (2020). A review of project-based learning in higher education: Student outcomes and measures. *International Journal of Educational Research*, n.º 102, 101586. DOI. Org/10.1016/j.ijer.2020.101586
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Abordagem à vítima: Manual TAS/TAT – 1ª Edição. Lisboa: INEM. ISBN, 978-989-8646-12-5. Disponível em: <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf>.
- Joanna Briggs Institute, *JBI Levels of Evidence FAME*. JBI approach [Internet] 2011. Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf>. Em Novembro 2021.
- Larrabee, J.H. (2011). *Nurse to Nurse, Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre. AMGH Editora Ltda. ISBN 978-85-63308-91-7
- Linn, D.D., Beckett, R.D. & Foellinger, K. (2014). Administration of enteral nutrition to adult patients in the prone position. *Intensive and Critical Care Nursing*. N.º 31, pp 38-43. Doi: .org/10.1016/j.iccn.2014.07.002
- Machado, L. S., Rizzi, P. & Silva, F. M. (2020). Administração de nutrição enteral em posição prona, volume de resíduo gástrico e outros desfechos clínicos em pacientes críticos: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, n.º 32(1) p.133-142.

Martindale, R.; Patel, J.J.; Taylor, B.; Warren, M. & McClave, S.A. (2020). Nutrition Therapy in the Patient with COVID-19 Disease Requiring ICU Care. *ASPEN*.

Martins, B.P.; Souza, S.E.R.; Santos, N.S.; Musial, D.C.; Soares, C.P. (2022). Sedação utilizada no tratamento de COVID-19 em pacientes adultos em terapia intensiva: Revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*. Volume 8, n. 02, p.p. 11596- 11618. ISSN:2525-8761. Doi: 10.34117/bjdv8n2-209

Martins, J. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, n.º IV, Série (12), p. 155–162. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/riv16074>, consultado em março de 2022

Mendes, A.P., (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, n.º 24(1), p. 1-9: Doi 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056

Minelli, N., Gibbs, L., Larrivee, J. & Sahu, K.K. (2020). Challenges of Maintaining Optimal Nutrition Status in COVID-19 Patients in Intensive Care Settings. *ASPEN – Journal of Parental and Enteral Nutrition*, volume 44, number 8, p. 1439-1446.

Mishel, M. H. & Clayton, M. F. (2008). *Theories of Uncertainty in Illness* IN Smith, Mary Jane e Liehr, Patricia R. – In Middle Range Theory for Nursing. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-1916-2.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Plos Med*, n.º 6(7).

Nunes, L. (2011), *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, 19359 – 19370

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica. Na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica. Assembleia do Colégio de Especialidades de Enfermagem Médico-cirúrgica. Disponível em: [ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#). [Consultado em Março de 2022].

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, N.º 361/2015. *Diário da República*, 2ª série -N.º 123 de Junho de 2015.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República*, 2a série - No48 de 10 de março, 5948 – 5952.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).

Ordem dos Enfermeiros (2010) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [em linha]. OE, Lisboa. [consultado em 03 de março 2022]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos. Disponível em: [divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf)

Ordem dos Enfermeiros, (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Regulamento - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro*. (10 de fevereiro de 2022). Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2018). Implementation Manual to Support the prevention of surgical site infections at the facility level – Turning recommendations Into practice.: [im-plementation-manual-prevention-surgical-site-infections.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/implementation-manual-prevention-surgical-site-infections) [consultado em março de 2022].

Paiva, J. A.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J.; Nóbrega, J. J.; Vaz, J. & Coutinho. P. (2017) Rede Nacional Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. [Consultado em Março 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Paiva, J. A.; Fernandes, A.; Granja, C.; Esteves, F.; Ribeiro, J.; Nóbrega, J. J.; Vaz, J. & Coutinho. P. (2013) Rede de Referência de Medicina Intensiva. [Consultado em Março 2022], Disponível em: [RRH-Medicina-Intensiva.pdf \(sns.gov.pt\)](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2013/03/RRH-Medicina-Intensiva.pdf)

Parreira, P.M., Marques, I.A., Santos-Costa, P., Sousa, L.B., Braga, L.M., Apostolo, L.A. & Salgueiro-Oliveira, A. (2020). Flushing em cateteres venosos periféricos: Um protocolo de scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, n.º 5(1), p. 19066.

Peters MDJ, Marnier, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexandre, L., McInerney, P., Godfrey, C.M. & Khalil, H. (2020). *Update methodological guidance for the conduct of scoping review*. *JBI Evidence Implementation*, n.º 18, p. 2119-2126.

Peters MDJ, Godfrey C.M, Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., Soares, C.B., (2015) *Guidance*

- for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Health*, n.º 13(3), p-141–146.
- Ramos, L., & Nunes, L. (2017). Modelos de Acompanhamento do Ensino Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento RIASE*, Volume 3, n.º 2, p. 1013. doi: org/10.24902/r.riase.2017.3(2).1014
- Ruivo, M.A.; Ferrito, C.; Nunes, L. Estudantes do 7º CLE. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, N.º 15, p.p. 1-38. ISSN: 1646-5067.
- Santos, A. P.; Freitas, P. & Martins, M. G. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal 0: 1-5*. Doi: 10.1136/emered-2012-201782
- Savio, R.D., Parasuraman, R., Lovesly, D., Shankar, B., Ranganathan, L., Ramakrishnan, N., & Venkataraman, R. (2021). Feasibility, tolerance and effectiveness of enteral feeding in critically ill patients in prone position. *Journal of the intensive Care Society*, Vol. 22(1), p. 41-46.
- Silva, J., & Sousa, P.P. (2019). A incerteza na pessoa em situação crítica: Contributos para um cuidar holístico e humanizado. *Revista Servir*, Volume 60, n.º 1-2.
- Suliman, S., McClave, S. A., Taylor, B. E., Patel, J., Omer, E. & Martindale, R.G. (2021). Barriers to nutrition therapy in the critically ill patient with COVID-19. *JPEN Journal- Parental Enteral Nutrition*, 2021; p. 1-12.
- Tanaka, L.M.S.; Serafim, R.B.; e Salluh, J.I.F. (2021). What every intensivist should know about light sedation for mechanically ventilated patients. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. N.33(4), p.p. 480-482. DOI 10.5935/0103-507X.20210069
- Tomey, Ann Marriner & Alligood, Martha Raile (2004) – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelo e Teorias de Enfermagem*. 5ª edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Resumo do Artigo: O CUIDAR ESPECIALIZADO DO ENFERMEIRO NA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA NO DOENTE CRÍTICO EM POSIÇÃO PRONE: UMA SCOPING REVIEW

Resumo:

Introdução: A garantia da segurança e qualidade dos cuidados ao doente, é uma preocupação constante por parte das instituições de saúde, assim sendo torna-se pertinente a elaboração e fundamentação de estratégias, baseadas na evidência atual, e associadas ao contexto da prestação de cuidados, de modo a assegurar a eficácia desses cuidados.

A evidência atual determina que todos os doentes com uma permanência superiores a 48 horas no Serviço de Medicina Intensiva devem ser considerados como doentes em risco nutricional, referindo a terapêutica nutricional precoce e individualizada como benéfica no prognóstico desses doentes. Perante o contexto pandémico atual tem-se verificado um interesse crescente na utilização da posição prone como tratamento ao doente com síndrome de dificuldade respiratória Aguda, protelando ou descontinuando recorrentemente, o início da alimentação entérica nesses doentes pelos riscos associados à mesma.

Metodologia: Realizada revisão scoping segundo Joanna Brigs Institute (JBI), com objetivo de identificar a melhor prática nos cuidados de enfermagem na Pessoa em Situação crítica com necessidade de alimentação entérica em posição de prone em Cuidados Intensivos. Foram incluídos 8 artigos na revisão.

Resultados: Verificou-se que a alimentação entérica no doente crítico em prone é segura, viável e eficaz, quando tomadas medidas preventivas, e uniformizadas, como o posicionamento em Trendelenburg reverso, o uso de procinéticos, a monitorização do VGR, e a introdução precoce da alimentação entérica em dose trófica, permitindo atingir o volume alvo de alimentação precocemente, e consequentemente reduzindo complicações, tempo de internamento e mortalidade.

Quanto ao uso de neuro bloqueadores e sedativos concomitante com a nutrição entérica em posição prone, a evidência é escassa, contudo as recomendações aferem que, a nutrição entérica precoce é segura, não devendo ser adiada a sua introdução apenas pela presença desses bloqueadores.

Conclusão: Os benefícios do suporte nutricional por via entérica no doente crítico são múltiplos, tornando-se fundamental a implementação de protocolos, devidamente estruturados e adaptados ao doente crítico, em prone, uniformizando procedimentos, e aumentando a qualidade e segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; nutrição entérica, posição prone, doente sedado, doente crítico.

APÊNDICE II – Planeamento do Projeto de Intervenção Profissional



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
5º Mestrado em Enfermagem
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA- PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL – Pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio: A alimentação entérica no doente crítico em posição prone: Uma abordagem na perspetiva da Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

Docente:
Mestre, Hugo Franco
Enfermeiro Orientador:
Fernando Teixeira
Discente:
Ana M. Miranda (n.º 47929)

Novembro, 2021

Estudante: Ana Marisa Santana Miranda	Orientador: Enf.º Esp. Médico-cirúrgica
Instituição: Hospital da Nossa Senhora do Rosário	Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos
Título do projeto: A alimentação entérica na Pessoa em situação crítica em posição prone: Uma abordagem na perspetiva da Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança dos Cuidados.	
Objetivos (Geral e específicos, centrado na resolução do problema): Objetivo Geral: Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na Pessoa em situação crítica com necessidade de alimentação entérica na posição de prone em UCI Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">- Elaborar uma revisão Scoping;- Identificar as intervenções do enfermeiro especialista face à alimentação entérica ao doente crítico em posição prone, sedado ou não, em UCI;- Desenvolver uma proposta de norma de procedimento para otimização da nutrição em doentes críticos e em posição prone, acordados ou sedados;- Operacionalizar a implementação da NP no serviço UCI.- Disseminar a evidência científica mais atual sobre a temática junto da equipa de Enfermagem da UCI;	
Identificação dos profissionais do Serviço com os quais as intervenções vão ser articuladas: <ul style="list-style-type: none">- Enf.ª Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Nossa Senhora do Rosário.- Enf.º Especialista orientador: Fernando Teixeira- Equipa de enfermagem da UCI do Hospital da Nossa Senhora dom Rosário	

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspetiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

Contexto e Identificação dos intervenientes:

O presente projeto será realizado por mim, Ana M. S. Miranda, 36 anos, licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, desde 2012, contexto em que participei numa missão de solidariedade a Moçambique, e onde foi desenvolvido um projeto de educação para a saúde ao nível da comunidade local.

Atualmente, a exercer funções no Centro Hospitalar de Setúbal, nomeadamente, no Serviço de Urgência Geral, sendo o 2º elemento de equipa, e elo de ligação ao Grupo de Prevenção de úlceras por pressão da referida instituição desde 2014. Ainda como experiência profissional, e em contexto atual, a desempenhar funções num serviço de exames complementares de diagnóstico de Gastroenterologia. Enumera-se ainda experiência profissional na área de medicina do trabalho, e gerontologia.

Presentemente em frequência de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente Pessoa em Situação Crítica, contexto em que se desenvolve este projeto de intervenção, aplicável no decorrer do estágio final, que acontece, no serviço de Cuidados Intensivos, do Hospital da Nossa Senhora do Rosário, com período compreendido entre 13 de Setembro de 2020 a 28 de Janeiro de 2021, sob a orientação do Enf.º Especialista Fernando Teixeira.

No que concerne à experiência profissional do Enf.º Teixeira, este encontra-se a exercer funções nesta unidade desde 1998, especializando-se em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente Pessoa em Situação crítica, tendo desenvolvido projeto de intervenção na área da prevenção da Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva. Atual, 2º elemento de equipa, responsável pela implementação, operacionalização e auditoria de variados projetos inclusos no programa de melhoria da qualidade e segurança do doente no serviço em questão. Destaca-se a interrupção das suas funções na UCI no ano de 2019, para desempenhar funções de Gestão no Serviço de Medicina do mesmo hospital, tendo regressado para a UCI no ano de 2020. Conta-se ainda com experiência profissional na área de doente renal em programa de Hemodialise desde 1998 até ao presente.

Como orientador docente, conta-se com a orientação do professor Hugo M. M. A. Franco, professor adjunto convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Setúbal, Mestre em Ciências da Enfermagem, Enf.º. Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e Investigador na Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas.

Resumo:

A garantia da segurança e qualidade dos cuidados ao doente, é uma preocupação constante por parte das instituições de saúde, assim sendo torna-se pertinente a elaboração e fundamentação de estratégias, baseadas na evidência atual, e associadas ao contexto da prestação de cuidados, de modo a assegurar a eficácia desses cuidados.

Atualmente a evidência mostra os benefícios da posição ventral (prone) na recuperação e minimização de sequelas no doente com Síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS), quer em doentes sedados quer em doentes vigís, sendo cada vez mais usado este método, em UCI.

Este método implica que o doente permaneça por longos períodos nesta posição, sendo o aporte nutricional entérico muitas vezes deficiente, uma vez que acarreta mais riscos para o doente, nomeadamente a intolerância, o risco de vômito e posterior aspiração, bem como o aumento de volume gástrico residual (GRVS)

O aporte nutricional do doente é um fator relevante na recuperação do doente, sendo a nutrição adequada essencial para a saúde, assim como para o tratamento da doença.

Neste contexto achou-se pertinente a elaboração de uma norma de atuação para a garantia da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, no que concerne á introdução e manutenção do aporte nutricional entérico no doente com necessidade de posição ventral.

Esta norma, contribuirá desta forma, para minimizar o risco de possíveis eventos causadores de dano desnecessário para o doente.

Justificação:

Pretende-se com este projeto melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na Pessoa em situação crítica com necessidade de alimentação entérica na posição de prone em UCI. Como forma de identificar a melhor evidência sobre a temática pretendemos realizar uma Revisão Scoping (RS) de acordo com o protocolo de JBI, de forma a descrever o papel do enfermeiro especialista como promotor na otimização dos cuidados relativos á alimentação entérica no doente crítico com necessidade de prone.

O objetivo desta RS é o de mapear as intervenções de suporte nutricional entérico passíveis de ser implementadas numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), como forma de otimizar e assegurar o aporte nutricional dos doentes com necessidade de prone, conscientes ou sedados.

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspectiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

Para conhecer a evidência científica sobre esta questão realizar-se-á uma pesquisa, entre o mês de Outubro e Novembro de 2021, nas bases de dados eletrónicas EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, MedicLatina, usando as seguintes palavras-chave, em língua inglesa: “nursing care” [MeSh Term] (intervenção de enfermagem) AND “Enteral Nutrition” [MeSh Term] (Alimentação entérica) AND “Prone position” [MeSh Term] (posição prone) AND “Deep Sedation” [MeSh Term] (pacientes sedados) AND “Critical Illness” [MeSh Term] (doente crítico).

Serão procurados artigos científicos publicados nos últimos 6 anos (2016-2021). Os mesmos serão selecionados após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, por seu turno relacionados com a população, o conceito e o contexto do estudo. Os artigos obtidos serão identificados utilizando numeração árabe, começando do mais recente para o menos recente, organizados em tabelas já previamente desenhadas para o efeito. Os dados recolhidos e sistematizados nas tabelas serão analisados e interpretados considerando o referencial teórico. Espera-se conseguir identificar as intervenções validadas como benéficas nos estudos clínicos para a otimização das intervenções de enfermagem no que concerne à alimentação dos doentes conscientes ou sedados com necessidade de prone, admitidos em UCI.

Tem-se como expectativa, conseguir relacionar estes dados com as competências próprias do enfermeiro especialista, por forma a descrever o papel deste interveniente fundamental como promotor da melhoria da qualidade dos cuidados nutricionais no contexto da prática clínica.

Planeamento do Projeto de Estágio

Data:	Assinatura:	Recursos			
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Humanos	Materiais	Tempo	Indicadores de Avaliação
- Elaborar uma RS	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar pesquisa bibliográfica, utilizando metodologia de RS; - Identificar questão de pesquisa; - Identificar palavras-chave; - Selecionar critérios de exclusão dos artigos; - Construir tabela para recolha de dados; - Pesquisa nas bases de dados EBSCO; - Leitura dos artigos e validação dos critérios de exclusão dos mesmos; - Recolha de dados dos artigos; - Interpretação e discussão dos resultados; - Construção final da RS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientador de Estágio - Docente Orientador 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Acesso a bases de dados - Internet - Papel - Caneta - Mesa - Cadeiras 	4 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Evidência escrita - Avaliação final positiva da RS
- Identificar as intervenções do enfermeiro especialista face à alimentação entérica ao doente crítico em posição prone, sedado ou não, em UCI	<ul style="list-style-type: none"> - Sintetizar a evidência recolhida da pesquisa bibliográfica; - Organizar a evidência recolhida no âmbito das intervenções tendo em conta a qualidade e a segurança do doente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientador de Estágio - Docente Orientador 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Acesso a bases de dados - Internet - Papel - Caneta - Mesa - Cadeiras 	2 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Evidência escrita - Melhoria da prática de enfermagem - Cuidados de enfermagem com maior qualidade

A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspetiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

Desenvolver uma proposta de protocolo de atuação para otimização da nutrição em doentes críticos e em posição prone, acordados ou sedados;	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as normas e protocolos instituídos no serviço de UCI; - Reunir com Enf.ª Chefe, enfermeiro orientador e professor orientador; - Consultar guidelines já existentes relativas à temática a abordar. - Construir a norma com base nos resultados da RS 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientador de Estágio - Docente Orientador 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Acesso a bases de dados - Internet - Papel - Caneta - Mesa - Cadeiras 	2 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Evidência escrita - Validação da Enf.ª Chefe responsável pela UCI
- Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem com base na evidência atual, acerca da alimentação entérica no doente crítico em posição prone;	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião informal com a equipa; - Reunião informal com a Enfermeira coordenadora do serviço. - Apresentação dos Resultados da Scoping review; - Operacionalização da Norma de Procedimento; - Realização de poster para disseminação da evidência 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientador de Estágio - Enfermeira coordenadora - Docente orientador 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Mesa - Cadeiras 	4 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback positivo por parte da coordenadora do serviço - Feedback positivo por parte dos colegas de equipa
Cronograma de atividades – Projeto de Estágio					
	Outubro 2021	Novembro 2021	Dezembro 2021	Janeiro 2022	
Diagnóstico da situação					
Planeamento					
Identificação da questão de Pesquisa					

Identificação das Palavras-Chave				
Seleção dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos				
Construção da tabela para recolha de dados				
Pesquisa na base de dados (EBSCO)				
Leitura dos artigos e validação dos critérios de inclusão e exclusão				
Recolha de dados dos artigos				
Interpretação e discussão dos resultados				
Elaboração da RS				
Elaboração da norma de procedimento				
Elaboração do póster				
Atualização dos conhecimentos da equipa de enfermagem/Divulgação dos resultados				

Orçamento:

Recursos Humanos: Não se prevê gastos

Recursos Materiais: Gastos com impressão de documentos/artigos

APÊNDICE III - Diagnóstico de Situação/ Análise SWOT

Definição do Problema

Estudante: Ana Marisa Santana Miranda
Instituição: Hospital X
Serviço: UCI do Hospital X
Título do Projeto: A alimentação entérica no doente crítico em posição prone, sedado ou acordado.
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema As intervenções do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente crítico em posição prone com alimentação entérica. Em Cuidados Intensivos. Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras) - Após entrevista (não estruturada) com a enfermeira-chefe, detetou-se o aumento significativo de doentes com critério de admissão em UCI por ARDS e com necessidade de pronação. Averigua-se que a entrada de novos elementos para expansão de equipa de enfermagem de UCI gerou fragilidade nos conhecimentos acerca da temática em análise. - Através de entrevista (não estruturada) ao grupo de trabalho da UCI, responsável pela alimentação entérica do doente crítico acerca da pertinência de uma norma de atuação para alimentação entérica no doente crítico em posição prone com ou sem sedação e neurobloqueadores musculares, complementado a norma de alimentação entérica existente no serviço e uniformizando cuidados, estabelecendo práticas baseadas na evidência atual. - Aplicada entrevista informal aos elementos mais recentes da equipa de enfermagem na UCI, acerca da temática em questão, de forma a diagnosticar e especificar as lacunas sentidas e onde foi partilhado pela maioria a ausência de conhecimento para atuação pertinente nessas situações, procedeu-se à análise swot. Nas entrevistas identificou-se que: - Existia um grande número de enfermeiros sem formação nem experiência em doente crítico.

- Referem lacunas nos conhecimentos formação no que concerne ao doente com VMI em prone e alimentação entérica concomitante.

SWOT



Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

- Inexistência de Formação acerca da alimentação entérica no doente crítico em posição prone, sedado ou não na UCI;
- Falta de Recursos/tempo para formação na área em análise.
- Ausência de um procedimento sectorial que auxilie a integração de novos elementos á temática.

Determinação de prioridades

- Formação (teórico-prática) no serviço com envolvimento da equipa médica (Uniformização de procedimento, parametrização de terapêutica instituída e interpretação e atuação em caso de sinais de intolerância á alimentação ou ao posicionamento).
- Realização de PQ (Procedimento de Qualidade) e IT (Instrução de Trabalho) para implementar no serviço.
- Auditoria interna semestral para avaliação das páticas na alimentação entérica ao doente crítico em prone na UCI.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo).

OBJETIVO GERAL

- Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica com alimentação entérica e necessidade de posição prone em UCI.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar uma revisão *Scoping*;
- Identificar as intervenções especializadas do enfermeiro face á alimentação entérica no doente crítico em posição prone, sedado ou não em UCI;
- Desenvolver uma instrução de Trabalho e um Procedimento de melhoria de qualidade para implementar na UCI;
- Operacionalizar a implementação do procedimento implementado na UCI;
- Disseminar a evidência científica mais atual sobre a temática junto da equipa de enfermagem da UCI através da elaboração de um poster informativo sobre a temática;
- Realizar formação em serviço envolvendo a equipa multidisciplinar e proceder à avaliação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos;

Referências Bibliográficas

- Ruivo, M.A.; Ferrito, C.; Nunes, L. Estudantes do 7º CLE. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. Revista Percursos, N.º15, p.p. 1-38. ISSN: 1646-5067.
- Carvalho et al, 2015

Data: Dezembro 2021 Assinatura: Marisa Miranda

APÊNDICE IV – Sessão de Formação

31/03/2022

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTERICA EM POSIÇÃO PRONE

Uma abordagem na perspetiva da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados

Autores: Inês Almeida Ribeiro, Sílvia Pereira, Mariana Soares, Mariana Pereira, Joana Almeida

1

SUMÁRIO:

- ✓ Objetivo;
- ✓ Introdução;
- ✓ Definição de conceitos;
- ✓ Contraindicações à alimentação entérica no doente em prone;
- ✓ Complicações associadas à alimentação entérica em doente em prone;
- ✓ Proposta de Modelo de Procedimento;
- ✓ Conclusão;
- ✓ Avaliação.

2

OBJETIVO GERAL

Otimizar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na Pessoa em situação crítica com necessidade de alimentação entérica na posição de prone em UCI, com base na evidência atual.

3

OBJETIVO ESPECIFICO

- ✓ Identificar as intervenções especializadas do enfermeiro face à alimentação entérica ao doente crítico em posição prone, em UCI;
- ✓ Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa multidisciplinar face à alimentação entérica ao doente crítico em posição prone, sedado ou acordado em UCI.

4

INTRODUÇÃO

Permeabilidade de intestinos > 48h → a gestão oral deficiente ou inapropiada nos primeiros + 1 dias → a gestão nutricional + 90% dos dias associados a um prognóstico pior → SUJEITO EM RISCO NUTRICIONAL

A TERAPÊUTICA NUTRICIONAL PRECOZE E INDIVIDUALIZADA TORNA-SE BENEFÍCA NO PROGNÓSTICO DESTES DOENTES.

5

INTRODUÇÃO (cont.)

Benefício para o doente

Apoio multidisciplinar especializado

Prática baseada em evidência

Melhoria da Qualidade e Segurança dos Cuidados

6

PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO

- ✓ **Minorar a descontinuação da terapia enteral durante o período de pronação;**
- ✓ **Balanço energético e proteico positivo;**
- ✓ **Diminuição do número de complicações, nomeadamente:**
 - Infecções;
 - Tempo em VMU;
 - Tempo de internamento e
 - Diminuição da mortalidade.



13

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Na admissão do doente:

- Realizar teste de colocação da sonda
- Calcular volume de sonda
- Assurar a manutenção do doente
- Verificar colocação da sonda
- Fazer teste e verifica permeabilidade
- Ajustar tipo de alimentação à resistência do doente
- Realizar alimentação enteral

14

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Antes de posicionar o doente em Prone

- Interromper a Alimentação enteral
- Interromper a perfusão de insulina
- Administrar promedicação
- Realizar o protocolo gestivo e descartar a contaminação

15

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Antes de reiniciar o feed

- Calcular volume em (mL) e em (kg)
- Verificar a colocação da sonda
- Administrar alimentação enteral através de sonda e verificar a resistência do doente
- Realizar perfusão de insulina

16

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Durante a alimentação entérica em posição prone

- Avaliar VGR**
 - Se < 300ml considerar até ao máximo de 300ml
 - Mantém a perfusão ao mesmo ritmo
- 2ª Avaliação VGR**
 - Se > a 300ml considerar até um máximo de 300ml
 - Interromper alimentação por 1 hora e reavaliar
 - Após 1 hora de 2 horas após última avaliação
- 3ª Avaliação VGR**
 - Se > 300ml considerar a possibilidade de considerar a interrupção temporária com dose anteriormente indicada
 - Mantém a sonda
 - Colocar a alimentação em pausa

17

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Durante a alimentação entérica em posição prone (cont.)

- Avaliar VGR**
 - Se < 300ml, deve considerar se a classe de perfusão para o doente seguinte progressivamente

Se 300ml - 3h, 6 horas
 300ml - Durante um máximo de 6h
 300ml - Durante um máximo de 6h
 300ml - Durante um máximo de 6h

Se a sonda apresentar VGR < 200 ml pode e deve ser aumentada a velocidade de alimentação antes das 8 horas da manhã, uma vez que se prevê mais interrupções na alimentação quando em posição prone.

18

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Dieta e alimentação entérica em posição prone (cont.)

19

SEDATIVOS E NEUROBLOQUEADORES MUSCULARES

O uso de sedação ou bloqueadores neuromusculares não foi ainda alvo de muitos estudos, sendo a informação parca, no entanto, a partir da evidência existente assume-se que, esta situação não deve ser considerada uma barreira à alimentação entérica, sendo viável e seguro desde que tomadas as medidas preventivas.

A evidência sugere:

20

REGISTOS

Registos Gerais:
Após intubação gástrica:

- Local de inserção de sonda: Oro ou naso
- Tipo e calibre de sonda
- Nível de introdução de sonda
- Atenção da cartela se sonda nasogástrica (SNG), caso tenha TOT tentar sempre sonda Orogástrica (SOC).

21

REGISTOS

Registos Gerais:
Antes de posicionar o doente em prone:

- Hora de interrupção da dieta;
- Hora de administração do procinético;
- Volume Gástrico residual aspirado.

22

REGISTOS

Registos Gerais:
Quanto à posição do doente:

- Hora do posicionamento do doente;
- Lateralidade do prone;

23

REGISTOS

Registos Gerais:
Quanto à dieta:

- Hora de início de perfusão;
- Tipo de alimentação;
- Presença de conteúdo gástrico;
- Quantidade de conteúdo gástrico;
- Características do conteúdo;
- Hora de realização do DGR;
- Hora em que se deu início ou término de perfusão;
- Interrupções de administração e motivos;
- Quantidade de DGR dispensada;

24

INDICADORES DE QUALIDADE

Sugere-se levantamento de **base de complicações associadas ao cuidado de saúde** relacionados com a NE em PP

- **Taxa de prevenção de complicações:**

$$\frac{\text{N.º de pessoas com taxa de complicações relacionadas com NE em PP sem complicações}}{\text{N.º de pessoas com taxa de complicações relacionadas com a NE em PP}} \times 100$$

25

INDICADORES DE QUALIDADE

- **Taxa de incidência de complicações:**

$$\frac{\text{N.º de pessoas com AEDS que desenvolveram complicações durante a NE em PP}}{\text{N.º total de pessoas com diagnóstico de AEDS com NE em PP}} \times 100$$

26

INDICADORES DE QUALIDADE

- **Taxa de prevalência de complicações:**

$$\frac{\text{N.º de pessoas com AEDS sob NE e PP que desenvolveram complicações}}{\text{N.º total de doentes com diagnóstico de AEDS sob NE e PP com taxa de desenvolvimento de complicações}} \times 100$$

Sugere-se a criação de uma folha de auditoria para avaliação das complicações

27

CONCLUSÃO

- ✓ Os benefícios do suporte nutricional por via entérica no doente crítico são múltiplos, tornando-se fundamental a implementação de protocolos, estruturalmente estruturados e adaptados ao doente crítico, sendo esse em PP, melhorando a segurança, a sustentabilidade e qualidade e segurança dos cuidados.
- ✓ A alimentação entérica no doente sob VSD em doentes críticos, quando na unidade, é feita, segura e eficaz, contudo, é importante a necessidade de uma intervenção rigorosa do doente, de forma a não comprometer uma direção positiva do tratamento da doença hemodinâmica do doente, podendo, portanto, levar a complicações.
- ✓ Os cuidados especializados de enfermagem devem visar essencialmente a prevenção de complicações.

28

CONCLUSÃO

- ✓ A criação de protocolos de alimentação entérica em doente sob VSD e promoção mínima a descontinuação da terapia enteral durante o período de prolação, levando a balanço energético e proteico positivo, o que em doente crítico é também associado à diminuição do número de complicações, nomeadamente, infeções, tempo em ventilação mecânica, tempo de internamento e mortalidade.

29

DÚVIDAS:



30

APÊNDICE VI – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação

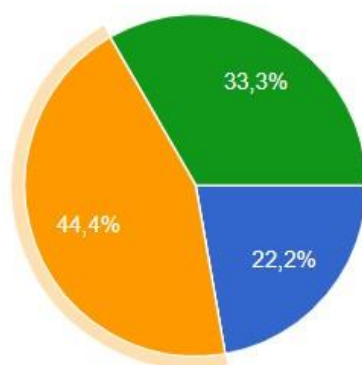
Avaliação da Sessão de Formação

10 respostas

A criação de protocolo de atuação perante a alimentação entérica no doente crítico em posição prone, visa:

 Copiar

9 respostas

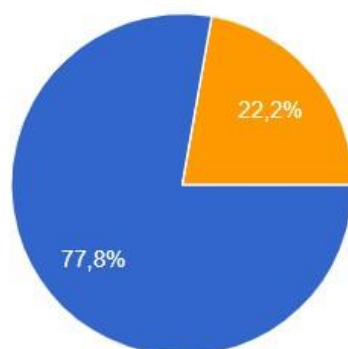


- Minorar a descontinuação da terapia entérica durante o período de pronação;
- Diminuir o tempo de Ventilação Mecânica Invasiva
- Diminuição do número de complicações e garantir o balanço energético e proteico positivo
- Opção 1 e 3

Quais as contra-indicações à alimentação entérica no doente em posição prone

 Copiar

9 respostas

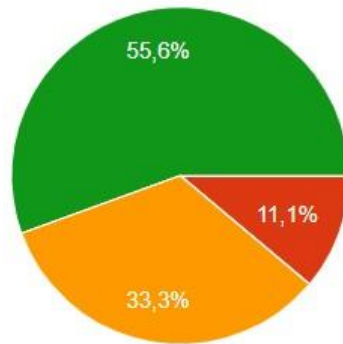


- Distúrbios gastrointestinais graves, Instabilidade hemodinâmica, Uso concomitante de vários vasopressores, e pressão positiva na via aérea em doe...
- Sedação e bloqueadores neuromusculares
- Diarreia
- Nenhuma das opções

Das intervenções de enfermagem ao doente crítico sob alimentação entérica em posição prone, destacam-se a monitorização rigorosa do doente, sendo intervenção preventiva de complicações:



9 respostas

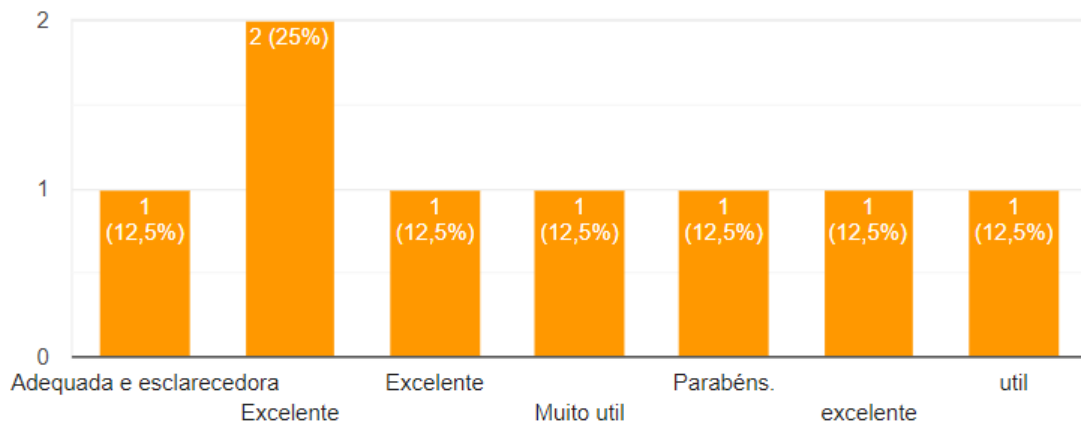


- A suspensão da alimentação assim que se detete intolerância à mesma;
- A administração de um procinético antes do posicionamento em prone;
- A avaliação do VGR frequente, e a colocação do paciente em trendelembuergue reverso;
- A opção 2 e 3

Define com uma palavra a formação que acabaste de assistir.



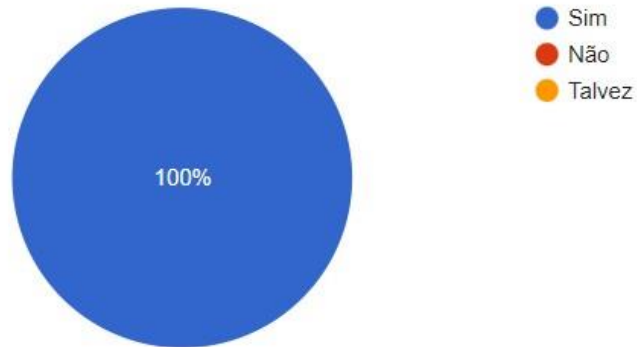
8 respostas



O Formador foi claro e objetivo?

 Copiar

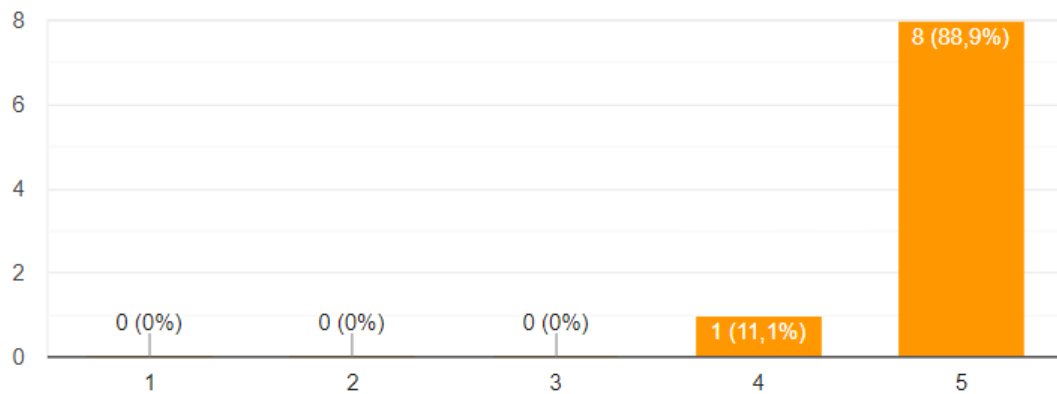
9 respostas




Sentes que esta formação foi útil para otimizar e melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem na pessoa em situação crítica?

 Copiar

9 respostas



APÊNDICE VII – Proposta de Norma de Procedimento

	PROCEDIMENTO SETORIAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE	

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO	A
------------------------	---

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

1. OBJETIVO


Geral:

Uniformizar procedimentos para a efetivação da segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem na nutrição e alimentação da pessoa em situação crítica em decúbito ventral (prone).

Específicos:

- Atualizar conhecimentos relativamente à alimentação entérica no doente crítico em posição prone, com base na evidência atual;
- Identificar as intervenções de enfermagem face à alimentação entérica ao doente crítico em posição prone, sedado ou acordado, em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI);
- Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa multidisciplinar face à alimentação entérica ao doente crítico em posição prone, sedado ou acordado em UCI.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Unidade Funcional de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar 



3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/____


4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

Estudante de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente pessoa em situação crítica.
– Ana Marisa Santana Miranda.


Enfermeira  chefia da Unidade de Cuidados Intensivos;
Enfermeiro Especialista Orientador, 


Pág. 1 de 17

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE


ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO Gabinete de Gestão da Qualidade	PRÓXIMA EDIÇÃO
------------	--	----------------

4.2 Pela revisão do procedimento:

Enfermeira responsável pela chefia da UCI, 

Enfermeiro Especialista Orientador, 

Grupo de trabalho responsável pela elaboração de normas sectoriais.

Enfermeira Supervisora responsável pelo PQCE, 

5. DEFINIÇÕES

Bloqueador Neuromuscular - Os bloqueadores neuromusculares, são fármacos que interrompem a transmissão neuromuscular dos impulsos nervosos na junção neuromuscular esquelética, causando a paralisia dos músculos. Também denominados de curarizantes.

Cuidados Intensivos – Ramo da Medicina que diz respeito a um local com equipamento médico especializado, em clínica ou hospital, destinado a doentes potencialmente graves que necessitem de monitorização contínua ou de suporte e tratamentos intensivos.

Nutrição Entérica – Administração de uma fórmula ou produto, pelo tubo digestivo através de uma sonda de alimentação. É o método de eleição para administração de alimentação artificial.

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.

Posição Prone – É a manobra de rotação do paciente da posição supina para decúbito ventral, com o objetivo de melhorar a oxigenação e a acidose respiratória de pacientes com Síndrome dificuldade respiratória aguda.

Sedação – É a técnica que permite a diminuição do nível de consciência do doente, sem afecção da função respiratória, reflexos protetores, e a capacidade de resposta a estímulos físicos e comandos verbais, produzida através de meios farmacológicos.

	PROCEDIMENTO SETORIAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE	

Síndrome de dificuldade respiratória Aguda - É uma doença complexa caracterizada por uma inflamação que resulta em danos na difusão alveolar, proliferação e fibrose. Ocorre pelo aumento da permeabilidade pulmonar, e apresenta como características o desenvolvimento de hipoxia e edema pulmonar, sendo a causa de uma elevada taxa de mortalidade.

6. SIGLAS E ABREVIATURAS


ARDS – Síndrome de dificuldade respiratória aguda;
CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem;
NE - Nutrição Entérica;
NP – Nutrição Parentérica
OE – Ordem dos Enfermeiros;
PP – Posição prone;
PQCE – Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;
SNG – Sonda Naso gástrica;
SOG – Sonda Oro gástrica;
TOT – Tubo oro traqueal;
UCI – Unidade funcional de Cuidados Intensivos
VGR – Volume gástrico Residual
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

7. REFERÊNCIAS

- Alencar, E., Muniz, L., Holanda, J., Oliveira, B., Carvalho, M., Leitão, A., Cavalcante, M., Oliveira, R., Silva, C., Carioca, A. (2021). *Enteral nutritional support for patients hospitalized with COVID-19: Results from the first wave in a public hospital*. *Nutrition* 94 (2022) – 111512. doi: [10.1016/j.nut.2021.111512](https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111512)
- Behrens, S., Kozeniecki, M., Knapp, N., and Martindale, R.G. (2020) *Nutrition Support During Prone Positioning: An Old Technique Reawakened by COVID -19*. *Nutrition in Clinical Practice*, Volume 36, Number 1. 2020 ASPEN
- BRASPEN Journal (2021). *Diretrizes BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parental - Volume 36 – Número 3 – Suplemento 3 – Diretrizes 2021*.

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE

- British Dietetic Association, Critical care Specialist Group (2020). *BDA Critical care Specialist Group COVID-19 Best Practice Guidance: Feeding Patients on Critical Care Units in the Prone Position (awake and Sedated)*. 2º Edition.
- Bruni, A., Garofalo, E., Grande, L., Auletta, G., Cubello, D., Grcco, M., Lombardo, N., Garieri, P., Papaleo, A., Doldo, P., Spagnuolo, R., Longhini, F. (2020). *Nursing issues in enteral nutrition during prone position in critically ill patients: A systematic review of the literature*, *Intensive & Critical Care Nursing*. 2020; 102899, volume 60. Doi. Org/10/1016/j.iccn.2020.102899
- Chapple, L. S., Fetherplace, K., Asrani, V., Burrell, A., Cheng, A. C., Collins, P., Doola, R., Ferrie, S., Marshall, A.P., Ridley, E.J. (2020). *Nutrition management for critically and acutely unwell hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Australia and New Zealand*. *Nutrition&Dietetics* 33(5):399-406. DOI: 10.1111/1747-0080.12636
- CIPE. (
- Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115692952~>
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2021, disponível em: <https://dicionario.priberam.org/cuidados%20intensivos>, [consultado em 28-12-2021].
- Direção Geral de Saúde. Norma de Orientação 021/2020: COVID-19: *Terapêutica nutricional no doente com COVID-19*. Disponível em: [Orientação 021 2020 act 18 02 2021.pdf \(nutrimento.pt\)](#).
- Fuente, G.S. de la., Fuente, J.S. de la., Estelles, M.D.Q., Gígorro, R.G., Almanza, L.J.T., Izquierdo, J.A.S. & Gonzalez, J.C.M. (2014). *Enteral Nutrition in Patients Receiving Mechanical Ventilation in a Prone Position*. *Journal of Parental and Enteral Nutrition*. 2014; DOI: 10.1177/0148607114553232.
- Machado, L. S., Rizzi, P., Silva, M.S. (2019). *Administração de nutrição enteral em posição prona, volume ~de resíduo gástrico e outros desfechos clínicos em pacientes críticos: Uma revisão sistemática*. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 2020; 32(1):133-142 DOI: 10.5935/0103-507X.20200019.
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE

- Ordem dos Enfermeiros. (2011) Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. (2011) Anexo. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. P.2
- Pires, P., *et al.* (2018). *Medicina Interna*. vol.25 no.2. Lisboa.
- Savio, R.D., Parasuraman, R., Lovesly, D., Shankar, B., Ranganathan, L., Ramakrishnan, N., and Venkataraman, R. (2021). *Feasibility, tolerance and effectiveness of enteral feeding in critically ill patients in prone position*. *Journal of the intensive Care Society* (2021) Vol. 22(1) 41-46. DOI: 10.1177/1751143719900100


8. DESCRIÇÃO

A garantia da segurança e qualidade dos cuidados ao doente, é uma preocupação constante por parte das instituições de saúde, assim sendo torna-se pertinente a elaboração e fundamentação de estratégias, baseadas na evidência atual, e associadas ao contexto da prestação de cuidados, de modo a assegurar a eficácia desses cuidados.

A evidência atual determina que todos os doentes com uma permanência superiores a 48 horas no Serviço de Medicina Intensiva devem ser considerados como doentes em risco nutricional, referindo a terapêutica nutricional precoce e individualizada como benéfica no prognóstico desses doentes. Nutrição entérica (NE) compreende todas as formas de suporte nutricional que impliquem o uso de alimentos com objetivo médico, independentemente da via de administração. Inclui alimentação oral, assim como alimentação por sonda e deve ser considerada quando as necessidades nutricionais não podem ser satisfeitas por via oral, nomeadamente quando se estima que a ingestão oral não será possível por um período superior a 3 dias ou se a mesma for inferior a 50% das necessidades energéticas por mais de uma semana.

A evidência atual mostra os benefícios da posição ventral (prone) na recuperação e minimização de sequelas no doente com Síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS), quer em doentes sedados quer em doentes *vigis*, sendo cada vez mais usado este método, em UCI, no entanto o aporte nutricional do doente é um fator relevante na recuperação do mesmo, sendo a nutrição adequada e precoce, essencial para a manutenção da saúde.

ARDS, é uma doença complexa caracterizada por uma inflamação que resulta em danos na difusão alveolar, proliferação e fibrose sendo a causa de uma elevada taxa de mortalidade.

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE

Caracteriza-se como um tipo de lesão pulmonar inflamatória que ocorre pelo aumento da permeabilidade pulmonar e que apresenta como características o desenvolvimento de hipoxia e edema pulmonar.

A posição prone (PP) é a intervenção utilizada no ARDS, com objetivo de melhorar a oxigenação, sendo uma combinação de estratégia de ventilação protetora e prevenção de alguns problemas associados à ventilação mecânica invasiva (VMI) e que demonstrou diminuir a taxa de mortalidade de pacientes com diagnóstico de ARDS.

Descrito em literatura, estão vários estudos que apontam para a melhoria significativa de pacientes que sofrem desta patologia, quando colocados em PP, sendo que esta técnica leva à melhoria da oxigenação em cerca de 70% a 80%, e levando à manutenção da mesma, de forma parcial aquando colocado em posição supina, sendo ainda, uma mais-valia, as raras complicações.

A PP diz respeito à manobra de rotação do paciente da posição supina para decúbito ventral, possibilitando uma melhor expansão das regiões dorsais do pulmão, com conseqüente melhoria da oxigenação.

A criação deste protocolo de alimentação entérica em doente sob VMI e pronação visa minorar a descontinuação da terapia enteral durante o período de pronação, levando a balanço energético e proteico positivo, o que em doente crítico é também associado à diminuição do número de complicações, nomeadamente, infeções, tempo em ventilação mecânica, tempo de internamento e mortalidade.

Este método implica que o doente permaneça por longos períodos nesta posição, sendo o aporte nutricional entérico muitas vezes deficiente, uma vez que acarreta mais riscos para o doente, nomeadamente a intolerância, o risco de vômito e posterior aspiração, bem como o aumento de volume gástrico residual (VGR), tornando a monitorização da terapêutica nutricional essencial nestes doentes.

No doente crítico ventilado a determinação das necessidades energético-proteicas devem ser avaliadas através de fórmulas preditivas com a finalidade de otimizar a administração energética, situação que no caso do doente em posição prone, muitas vezes se nota difícil de alcançar, pelas interrupções contínuas da perfusão entérica.

As recomendações existentes aferem que o cálculo deve ser feito, nomeadamente no que diz respeito à energia, 25-30Kcal/Kg/dia e no que concerne à proteína de 1.3 – 1.5g/Kg/dia.

O uso de sedação ou bloqueadores neuromusculares não foi ainda alvo de muitos estudos, sendo a informação parca, no entanto, a partir da evidencia existente assume-se que, esta situação não deve ser considerada uma barreira à alimentação entérica, sendo viável e seguro desde que tomadas as medidas preventivas elaboradas no seguimento desta norma de procedimento.

As principais complicações associadas a esta modalidade são:

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE

- Deslocamento do tubo oro traqueal ou do tubo de alimentação;
- Edema facial;
- Lesão do plexo braquial;
- Diminuição da produção cardíaca;
- Lesões das córneas;
- Distensão abdominal;
- Diarreia;
- Aumento do VGR e Vômitos levando ao risco de uma pneumonia.

Como contraindicações á alimentação entérica em PP, enumera-se:

- Distúrbios gastrointestinais graves como hemorragia digestiva alta ou baixa;
- Pressão positiva na via área em doente acordado;
- Uso concomitante de vários vasopressores ou a progressão no uso dos mesmos e,
- Instabilidade hemodinâmica.

Os benefícios do suporte nutricional por via entérica no doente crítico são múltiplos, tornando-se fundamental a implementação de protocolos, devidamente estruturados e adaptados ao doente crítico, neste caso em PP, uniformizando procedimentos, e aumentando a qualidade e segurança dos cuidados.

A alimentação entérica no doente com VMI em decúbito ventral, acordado ou sedado, é viável, segura e eficaz, contudo, é salientada a necessidade de uma monitorização rigorosa do doente, de forma a não comprometer uma deteção precoce do agravamento da função hemodinâmica do doente, podendo, portanto, levar a complicações.

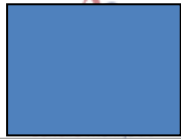
Os cuidados especializados de enfermagem devem visar essencialmente a prevenção de complicações.

8.1. PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Os pressupostos para a prevenção de complicações na alimentação entérica no doente sob VMI em PP dividem-se em 3 grupos:

- a) Procedimentos institucionais
- b) Treino da equipa;
- c) Monitorização da tolerância da NE.

- a) Procedimentos institucionais:

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE

A criação de protocolos de orientação clínica, com vista a uniformização, e a especialização dos cuidados ao doente crítico, nomeadamente a criação de um protocolo para a alimentação entérica do doente crítico em posição prone, representa uma das melhores formas de diminuir o impacto negativo deste problema, uma vez que este procedimento requer algumas intervenções específicas e monitorização rigorosa das mesmo, com vista à viabilidade, segurança e eficácia da intervenção.

A otimização da oferta proteica-calórica minimiza os riscos de complicações, pelo que é recomendado o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, na criação de normas e protocolos institucionais com essa finalidade.

b) Treino da equipa:

Uma atualização ativa dos membros da equipe permite manter o padrão de qualidade dos cuidados em níveis consistentemente elevados. Todos os elementos da equipa devem rever regularmente a literatura relevante e atual sobre a alimentação entérica no doente crítico com ARDS e necessidade de posição prone, tendo em vista a formação contínua e atualização constante das recomendações das entidades responsáveis sobre a temática.

c) Monitorização do doente:


Todos os doentes que dão entrada em UCI com diagnóstico de ARDS, são considerados como alto risco de desnutrição, pelo que se deve adequar a alimentação entérica nesse pressuposto.

A tolerância da nutrição entérica (NE), faz parte da meta diária do doente crítico, exigindo uma monitorização rigorosa do estado geral do doente e da tolerância à alimentação, garantindo o aporte proteico e energético ideal para o doente.

8.2. PLANEAMENTO DE ATUAÇÃO

Preconiza-se o início da alimentação entérica o mais precocemente possível, sendo recomendável entre as 24 e 48h após admissão do doente na UCI. O início precoce da alimentação no doente crítico previne complicações como infeções, e reduz a taxa de mortalidade, uma vez que garante a preservação da massa muscular, e ajuda no suporte à função respiratória, previne a atrofia da mucosa, e mantém a sua integridade.


É função do enfermeiro garantir os melhores cuidados e intervenções especializadas de forma a garantir o aporte nutricional destes doentes.

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE

8.2.1 – Na admissão do doente:

Intervenções de Enfermagem	Fundamentação das intervenções	Horário das intervenções
Escolher o local de colocação da Sonda gástrica: <ul style="list-style-type: none"> • Oro-gástrica • Naso-gástrica 	Providenciar aporte proteico e energético.	No momento da admissão do doente, preferencialmente entre as primeiras 24 a 48 horas desde a admissão do doente.
Escolher calibre de Sonda Gástrica, preferencialmente a de maior calibre, para prevenção de obstrução;	Adequar o material à necessidade do doente.	No momento prévio à entubação;
Proceder à entubação do doente;	Providenciar aporte proteico e energético.	No momento da admissão do doente, preferencialmente entre as primeiras 24 a 48 horas desde a admissão do doente.
Verificar localização da sonda gástrica: <ul style="list-style-type: none"> • Através da instilação de cerca de 50ml de ar e auscultação abdominal em simultâneo para confirmação da entrada de ar no estomago; • Através de RX (via preferencial e recomendada pelos menos na 	Prevenir a aspiração de conteúdo.	- Sempre que se proceda a alguma intervenção ao doente: - Antes e depois do posicionamento;

PROCEDIMENTO SETORIAL		
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE		
primeira vez antes do início da alimentação);		<ul style="list-style-type: none"> - Antes de administração da alimentação; - Antes da administração de terapêutica.
Fixar sonda com adesivo, registar e marcar o nível a que fica posicionada;	Prevenção de aspiração de conteúdo.	- Sempre que se proceda à mudança da sonda;
Verificar permeabilidade das sonda: <ul style="list-style-type: none"> • Aspiração de conteúdo; • Lavar a sonda com pelo menos 20ml de água de 4/4horas, no caso de alimentação continua; 	Prevenção de aspiração de conteúdo.	<ul style="list-style-type: none"> - Pelo menos 2x/turno ou - <u>sempre</u> que se proceda a alguma intervenção ao doente: - Antes e depois do posicionamento; - Antes de administração da alimentação; - Antes da administração de terapêutica.
Adequar o tipo de alimentação ao doente: Em doente em prone: <ul style="list-style-type: none"> • Dar preferência a fórmulas poliméricas com alto teor proteico e energético, 	Providenciar o adequado aporte proteico e energético;	- Desde a admissão do doente, até à sua alta.

 Barreiro Montijo IES	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE

<ul style="list-style-type: none"> Alimentar através de bomba infusora; Alimentar continuamente; 		
Iniciar alimentação entérica: - Nas primeiras 8 horas: <ul style="list-style-type: none"> 20ml/h 	Atingir com maior brevidade possível as calorias recomendadas para cada doente	- Nas primeiras 24 a 48 horas de admissão do doente.

8.2.2 – Antes de posicionar o doente em posição prone:

Intervenções de Enfermagem	Fundamentação das intervenções	Horário das intervenções
Interromper a alimentação entérica.	Prevenção de aspiração de conteúdo.	- 1 Hora antes de colocar o doente em posição prone.
Interromper a perfusão de Insulina (No caso de o doente ter iniciado Protocolo de insulina do serviço).	Prevenir hipoglicémia.	- No momento da interrupção da alimentação entérica.
Administrar pró-cinético: Preferencialmente: - Metocloranida - Eritromicina (Conforme acordado em protocolo próprio ou prescrição do intensivista assistente.	Melhorar a motilidade gástrica; Melhorar a capacidade de esvaziamento gástrico.	- 1 Hora antes de colocar o doente em posição prone e manter em esquema terapêutico, enquanto o doente mantiver necessidade de posição prone.
Aspirar conteúdo gástrico e descartar o conteúdo,	Prevenção de aspiração de conteúdo.	- No momento anterior ao posicionamento em Prone.

8.2.3 – Antes de reiniciar ~~feed~~ de alimentação:

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE


Intervenções de Enfermagem	Fundamentação das intervenções	Horário das intervenções
Colocar a cama em Trendelenburg reverso (25° a 30° de cabeça para cima) a menos que esteja contraindicado.	Prevenção de aspiração de conteúdo. Prevenção de refluxo.	O mais precocemente possível após posicionamento do doente em prone
Verificar localização da sonda gástrica; <ul style="list-style-type: none"> Através da instilação de cerca de 50ml de ar e auscultação abdominal em simultâneo para confirmação da entrada de ar no estomago; Através de RX (via preferencial e recomendada pelos menos na primeira vez antes do início da alimentação); 	Prevenção de aspiração de conteúdo.	-Após posicionamento em posição prone.
Administrar alimentação entérica através de bomba infusora e reiniciar na velocidade de administração anteriormente tolerada.	Atingir com a maior brevidade possível as calorias exigidas para cada doente;	-Após confirmação de localização de sonda gástrica.
Reiniciar perfusão de insulina de acordo com o protocolo institucional.	Prevenir hiperglicémica.	- No momento anterior ao posicionamento em Prone.

8.2.4 – Durante a alimentação entérica em posição prone:

Intervenções de Enfermagem	Fundamentação das intervenções	Horário das intervenções
Avaliar VGR;	Prevenir aspiração de conteúdo; Prevenir refluxo.	Idealmente 3 x a cada 8 horas

PROCEDIMENTO SETORIAL		
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE		
<ul style="list-style-type: none"> Se >300ml reinfundir até um máximo de 400ml; <p>Manter a perfusão ao mesmo ritmo</p>		
<p>Avaliar VGR:</p> <p>2ª Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> Se >300ml reinfundir até um máximo de 400ml; <p>Interromper alimentação por 1 hora e reavaliar.</p>	<p>Prevenir aspiração de conteúdo;</p> <p>Prevenir refluxo.</p>	<p>Ao final de 2 horas após a última avaliação.</p>
<p>Avaliar VGR:</p> <p>3ª Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> Se >300ml descartar a totalidade do conteúdo aspirado e reiniciar na dose anteriormente tolerada. NÃO VOLTAR A SUSPENDER ALIMENTAÇÃO, se necessário manter dose trófica. 	<p>Prevenir aspiração de conteúdo;</p> <p>Prevenir refluxo.</p> <p>Manter a integridade da mucosa;</p> <p>Reduzir incidência de infeções.</p>	<p>Ao final de 1 hora após a última avaliação</p>
<p>Avaliar VGR:</p> <p>Se < a 300ml, deve aumentar-se o ritmo de perfusão da alimentação entérica para o volume seguinte e assim progressivamente:</p> <p>20ml/h – 1ªs 8 horas</p> <p>40ml/h – Durante um mínimo de 6h;</p> <p>60ml/h - Durante um mínimo de 6h;</p> <p>80ml/h - Durante um mínimo de 6h;</p> <p>Se o paciente apresentar VRG inferiores a 300ml pode aumentar-se a</p>	<p>Atingir com a maior brevidade possível as calorias exigidas para cada doente;</p>	<p>No mínimo 2 x num turno de 8 horas.</p>

PROCEDIMENTO SETORIAL		
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE		
<p>velocidade de alimentação antes das 8 horas de tolerância, uma vez que se prevê mais interrupções na alimentação quando a posição Prone.</p>		
<p>Vigiar sinais de intolerância gástrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento abdominal; • Vômitos • Refluxo • Diminuição da motilidade intestinal; • Aumento da motilidade intestinal <p>Volume alvo de alimentação entérica em posição prone não deve exceder os 80ml/h</p>	<p>Prevenção de espiração de conteúdo;</p> <p>Prevenção de refluxo.</p>	<p>Durante todo o turno.</p>
<p>Suspender alimentação entérica, se sinais persistentes de intolerância alimentar</p> <p>VGR > a 300 após 24 horas, ponderar Nutrição parentérica (NP) ou jejunostomia no caso de necessitar de se manter em posição prone.</p>	<p>Prevenção de aspiração de conteúdo;</p>	<p>Após 12 a 24 horas de alimentação entérica</p>
<p>Efetuar o esvaziamento gástrico provisório antes de efetuar qualquer intervenção no doente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toilete brônquica; • Higiene oral; • Aspiração de secreções; • Posicionamento; 	<p>Prevenção de aspiração de conteúdo;</p> <p>Prevenção de refluxo;</p> <p>Prevenção de contaminação</p>	<p>Sempre que se justifique a interrupção da alimentação.</p>
<p>No caso de iniciar NP, Manter NE de forma trófica: 10ml/h</p>	<p>Manter a integridade da mucosa;</p> <p>Reduzir incidência de infeções.</p>	<p>Sempre que necessário</p>

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE

--	--	--

8.2.5. Uso de sedativos e neurobloqueadores musculares

No que concerne ao uso de sedativos e bloqueadores neuromusculares no doente com VMI e posição prone, relativamente à alimentação entérica existe parca evidencia, no entanto os estudos efetuados mostram que estes fatores não são contra indicados ou um fator inibitório à alimentação entérica, uma vez que a maior parte destes fármacos atuam apenas sobre a fibra muscular esquelética, não havendo por si só inibição na musculatura lisa, no entanto, o risco de desenvolverem intolerância à alimentação tem a ver com uso concomitante de sedativos, desta forma a sua estreita vigilância é recomendada e completa-se com a implementação do protocolo /medidas acima descritas, tornando o procedimento seguro e viável.

9. REGISTOS GERAIS

Após entubação gástrica:

- Local de inserção de sonda: Oro ou ~~nasal~~
- Tipo e calibre de sonda
- Nível de introdução de sonda
- Alternância da narina se Sonda Nasogastrica (SNG), caso tenha TOT tentar sempre Sonda Orogastrica (SOG).

Antes de posicionar o doente em prone;


- Hora de interrupção da dieta;
- Hora de administração do procinético;
- Volume Gástrico residual aspirado.

Quanto à posição do doente;

- Hora do posicionamento do doente;
- Lateralidade do prone;

Quanto à dieta:

- Hora de início da perfusão

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE

- Tipo de alimentação
- Presença de conteúdo gástrico
- Quantidade de conteúdo gástrico
- Características do conteúdo
- Hora da avaliação do VGR
- Hora em que se aumentou ou diminuiu a perfusão
- Interrupções na alimentação e motivo
- Quantidade de VGR desperdiçado.

10. INDICADORES

Sugere-se levantamento de Risco de complicações associadas ao cuidados de saúde relacionados com a NE em PP.

- **Risco de desenvolverem complicações:**

N.º de pessoas com risco de complicações relacionadas com NE em PP/ Sem complicações

_____ X 100

N.º de pessoas com risco de complicações relacionadas com a NE em PP

- **Taxa de Incidência de complicações:**

N.º de pessoas com ARDS que desenvolveram complicações durante a NE em PP

_____ X 100

N.º total de pessoas com diagnóstico de ARDS com NE em PP


- **Taxa de Prevalência de complicações:**

N.º de pessoas com ARDS sob NE e PP que desenvolveram complicações

_____ X 100

N.º total de doentes com diagnóstico de ARDS sob NE e PP com risco de desenvolverem complicações.

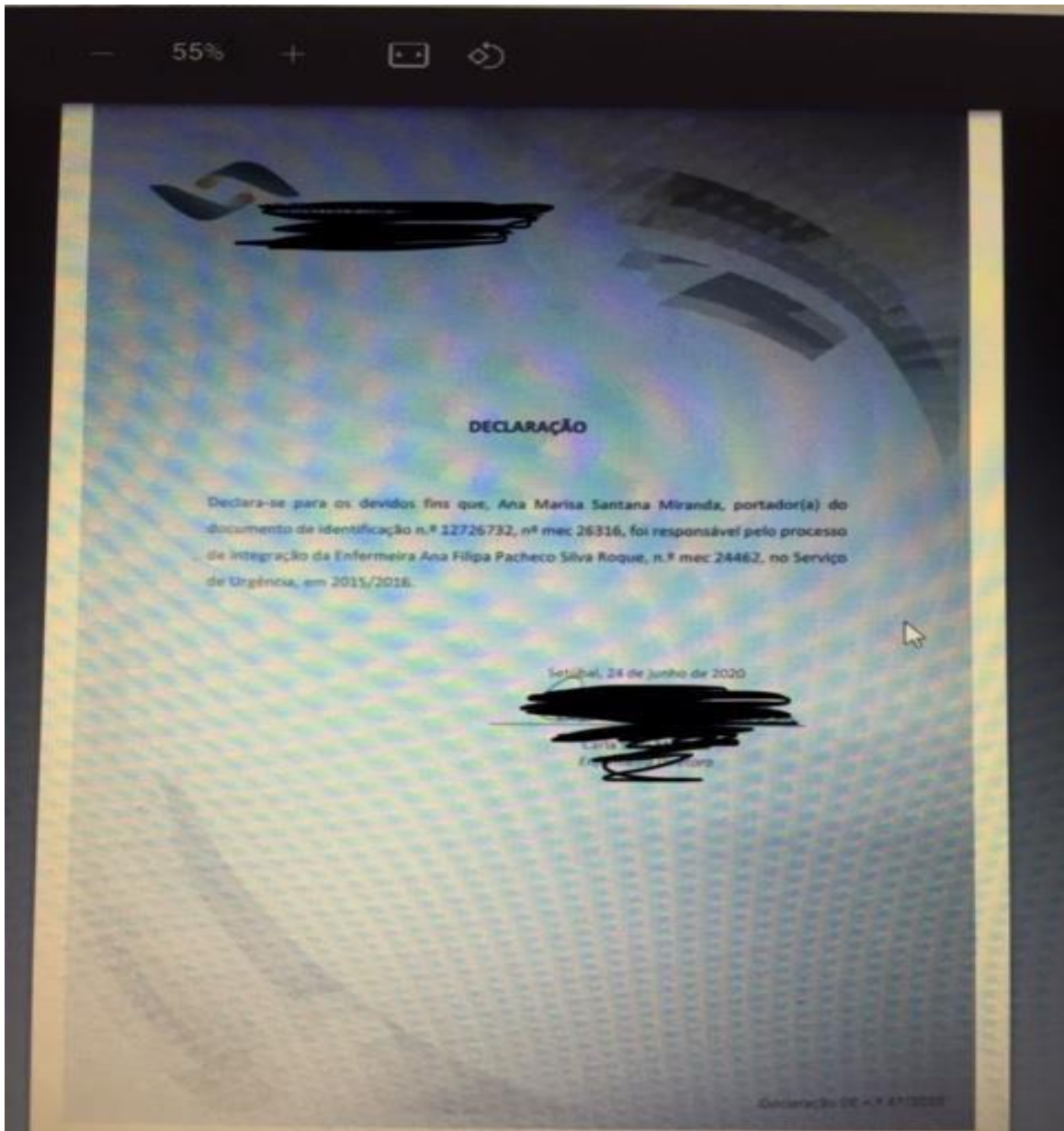
11. ANEXOS

	PROCEDIMENTO SETORIAL	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE CRÍTICO COM NUTRIÇÃO ENTÉRICA EM POSIÇÃO PRONE	

Sugere-se a criação de uma folha de auditoria para avaliação das complicações.

ANEXOS

Anexo I – Comprovativo de elemento elo de ligação a grupo de UPP



A Alimentação Entérica na Pessoa em situação crítica em Posição Prone: Uma abordagem na perspetiva da Melhoria Continua da Qualidade e Segurança dos Cuidados

ANEXO 2 – Regulamento de descrição de funções de chefe de equipa de enfermagem do SUG

DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES
Chefe de Equipa de Enfermagem
Serviço de Urgência Geral

Nota de entrada em vigor:	21/01/2008
Versão 03:	27/12/2014
Publicada em:	27/12/2014
Cód. Documento:	EP 1304/02

1. Conteúdo Funcional do Posto de Trabalho

O Enfermeiro (Enf.) com funções do Chefe de Equipa é o elemento da equipa de Enfermagem, com função de orientação, coordenação e supervisão das Equipas de Enfermagem e (ou Assistentes Operacionais (AO), colaborando com a Direção do Serviço, na decisão e apreciação de assuntos relacionados com a organização e funcionamento do Serviço. Exerce ainda as funções estabelecidas na carreira de enfermagem relativas à sua categoria profissional.

1.1- Nomeação

A nomeação do Enf. Chefe de Equipa é de caráter interno e não definitivo, sendo da responsabilidade do Enf. Chefe/Coordenador do Serviço de Urgência Geral (SUG). Esta nomeação, bem como a do 2º elemento da Equipa, são divulgadas em "Nota de Serviço Interna".

1.2- Princípios a considerar na Nomeação

1.2.1- Categoria Profissional

Enfermeiro Especialista.

1.2.2- Experiência Profissional

- Desempenho de funções no SU nos últimos 6 anos;
- Elevado nível de desempenho técnico e científico.

1.2.3- Características Particulares

- Capacidade de Liderança e Decisão;
- Capacidade de gestão de conflitos internos e externos (diálogo, compreensão e respeito relativamente a todos os membros da equipa);
- Capacidade de relações públicas internas e externas na interface com o doente/família e demais profissionais do SUG;
- Ser uma referência no que respeita à assiduidade, pontualidade, sentido de responsabilidade e lealdade para com o Serviço/Instituto;
- Capacidade de iniciativa e organização;
- Envolvimento nos problemas/soluções do SUG;
- Concordância com o Plano de Ação do Serviço e empenho no alcance das suas objetivos;
- Conhecimento, cumprimento e supervisão da execução das normas de procedimento em vigor no SUG e Centro Hospitalar de Setúbal (CHS).

DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES
Chefe de Equipa de Enfermagem
Serviço de Urgência Geral

Nota de entrada em vigor:	21/01/2008
Versão 03:	27/12/2014
Publicada em:	27/12/2014
Cód. Documento:	EP 1304/02

1.3- Descrição de Atividades do Chefe de Equipa de Enfermagem

- Promove e divulga em sintonia função com o Enf. Interlocutor da Qualidade, os diversos documentos emitidos a nível institucional e sectorial do SUG, aos enfermeiros e AO da sua equipa.
- Orienta os elementos da sua equipa sobre os procedimentos a ter relacionados com ocorrências relativas ao risco clínico e geral (incidentes de serviço, incidentes críticos, etc.).
- Procede à elaboração do "Plano de Distribuição" da equipa de Enfermagem que chefa tendo em conta os seguintes aspetos:
 - A sua elaboração é efetuada antecipadamente, de forma a detetar possíveis carências;
 - A distribuição por posto de trabalho é feita de forma equitativa e alternada, entre o Setor de Observações (S.O.) e a Área de Ambulatório;
- Escalota preferencialmente na Sala de Reanimação, podendo assumir outro posto de trabalho se o considerar pertinente.
- Tem sempre consigo, operacional o telemóvel de serviço, 2504.
- Orienta, supervisiona e participa nas ações que visem a articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem.
- Sempre que o número mínimo de Enf. e AO necessários à prestação de cuidados, esteja comprometido, deve realizar os contactos necessários, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.
- Gere os recursos de enfermagem e de AO disponíveis em cada turno, de acordo com a carga de trabalho existente em cada posto.
- Acolhe os novos elementos na equipa, integrando-os, ou delegando essa tarefa, tendo por base o PS.URG.001- Procedimento de Integração de Novos Funcionários no Serviço de Urgência Geral.
- Promove o plano de formação em serviço na sua equipa, e colaborando com o Enf. responsável pela Formação.
- Procede ao levantamento e pedido das Dietas.
- É responsável pelo controle e reposição de stocks dos Estupefacientes.
- Assegura a reposição de material e medicamentos por posto de trabalho.
- Assegura a instalação e registo do teste de operacionalidade dos distribuidores de SR.

* Sempre que o Instituto de um doente necessitar de cuidados, será comunicado ao Enfermeiro Chefe/Coordenador do SUG, sendo este responsável por garantir a continuidade dos cuidados.

* O enfermeiro chefe de equipa de enfermagem do SUG é responsável por garantir a segurança e a continuidade dos cuidados de enfermagem, tendo em conta os recursos humanos disponíveis no SUG, e a carga de trabalho.

* O enfermeiro chefe de equipa de enfermagem do SUG é responsável por garantir a segurança e a continuidade dos cuidados de enfermagem, tendo em conta os recursos humanos disponíveis no SUG, e a carga de trabalho.

DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES
Chefe de Equipa de Enfermagem
Serviço de Urgência Geral

Nota de entrada em vigor:	21/01/2008
Versão 03:	27/12/2014
Publicada em:	27/12/2014
Cód. Documento:	EP 1304/02

- Certifica-se de que todos os ventiladores (invasivos e não invasivos) do SUG se encontram operacionais e disponíveis em cada turno e se se encontram junto das mesmas todas as consolas necessárias à sua utilização.
- Verifica as condições de higiene e armazenamento do material/equipamento, providenciando a sua manutenção.
- Zela para que cada Enfermeiro se responsabilize pela higiene e arrumação dos materiais, equipamentos e espaço utilizados.
- Diagnosa para que os armários de Farmácia e consumo clínico/obstétrico permaneçam arrumados e com as portas fechadas.
- Analisa e resolve problemas pontuais e recorrentes, relacionados com a equipa de enfermagem e de AO.
- Colabora na elaboração de normas e protocolos de desempenho.
- Organiza e planeamento das férias dos elementos da equipa.
- Realiza o registo das ocorrências do turno na **Folha de Ocorrências** (Anexo 1). As folhas de ocorrência do turno estão num dossiê devidamente identificado (Ocorrências do Serviço de Urgência Geral), que está guardado na sala de enfermagem.
- Supervisiona e dá indicações, sempre que necessário, aos AO sobre as atividades a desenvolver, tendo por base as normas do SUG.
- Abre, sempre que necessário, o Plano de Distribuição de Trabalho das AO, adaptando-o às necessidades do Serviço.
- Garante que o pessoal AO procede à lavagem, desinfecção e arrumação de todo o material utilizado no Serviço.
- Garante que o pessoal AO executa as funções que lhe estão atribuídas, registando em livro de ocorrências as situações que registarem esta situação.
- Confirma o efetivo de prestação sempre que a sua presença não é necessária.
- Atividades com o chefe de equipa médica les situações de ocorrência no âmbito operacional do serviço.
- Impressão da lista de doentes internados em SUG para efeito de visita no serviço de saúde.

2. Referências

Funções do Enfermeiro Chefe de Equipa - Serviço de Urgência Geral, Hospital de São Bernardo, 2008.
 Cadeira de Enfermagem, Decreto - Lei nº 433/91 de 9 de fevereiro, alterada pelo Decreto - Lei nº 412/98, de 30 de dezembro e Decreto - Lei nº 415/99, de 15 de outubro.
 Portaria 242/2011, de 21 de julho - S.U.A.C.M.F.

DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES
Chefe de Equipa de Enfermagem
Serviço de Urgência Geral

Nota de entrada em vigor:	21/01/2008
Versão 03:	27/12/2014
Publicada em:	27/12/2014
Cód. Documento:	EP 1304/02

3. Habilitações Académicas e Profissionais

Enfermeiro detentor do Título de Especialista.
 Experiência profissional no SUG nos últimos 6 anos.

4. Dependência Hierárquica e Funcional

Todos os Enfermeiros Chefes de Equipa dependem funcional e hierarquicamente do Enf. Coordenador do Serviço.

5. Anexos

Anexo 1 – Folha de Registo de Ocorrências.

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão	Data	A reaver em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01	17/06/2007	17/06/2007	Versão original	Enf. Fernando Barros, Enf. Adelaide Pereira, Enf. Fernando Pinto, Enf. 7.ª Rita Roque, Enf. João Roque, Enf. João Pereira, Enf. Luísa Landeira, Enf. Rui Barros
02	30/12/2011	30/12/2011		Enf. Fernando Barros, Enf. Adelaide Pereira, Enf. Fernando Pinto, Enf. 7.ª Rita Roque, Enf. João Pereira, Enf. Luísa Landeira, Enf. Rui Barros
03	30/12/2014	30/12/2014		Enf. Fernando Barros, Enf. Adelaide Pereira, Enf. Fernando Pinto, Enf. 7.ª Rita Roque, Enf. João Pereira, Enf. Luísa Landeira, Enf. Rui Barros
04	30/06/2016	30/06/2016	Alteração das funções e das responsabilidades académicas e profissionais	Enf. Ana Filipa Soares, Enf. Sílvia Vazquez, Enf. Carl Landeira, Enf. Paulo Pires, Enf. Rui Barros, Enf. João Roque, Enf. Paulo Martins, Enf. Paulo Fernandes, Enf. Paulo Gonçalves, Enf. Sílvia Soares
05	17/12/2016	17/12/2016	Alteração das funções e das responsabilidades académicas e profissionais	Enf. Ana Filipa Soares, Enf. Sílvia Vazquez, Enf. Carl Landeira, Enf. Paulo Pires, Enf. Rui Barros, Enf. João Roque, Enf. Paulo Martins, Enf. Paulo Fernandes, Enf. Paulo Gonçalves, Enf. Sílvia Soares

Revisão:

A reaver por:	Enfermeiro de Qualidade	Data da próxima revisão:	27/12/2017
---------------	-------------------------	--------------------------	------------

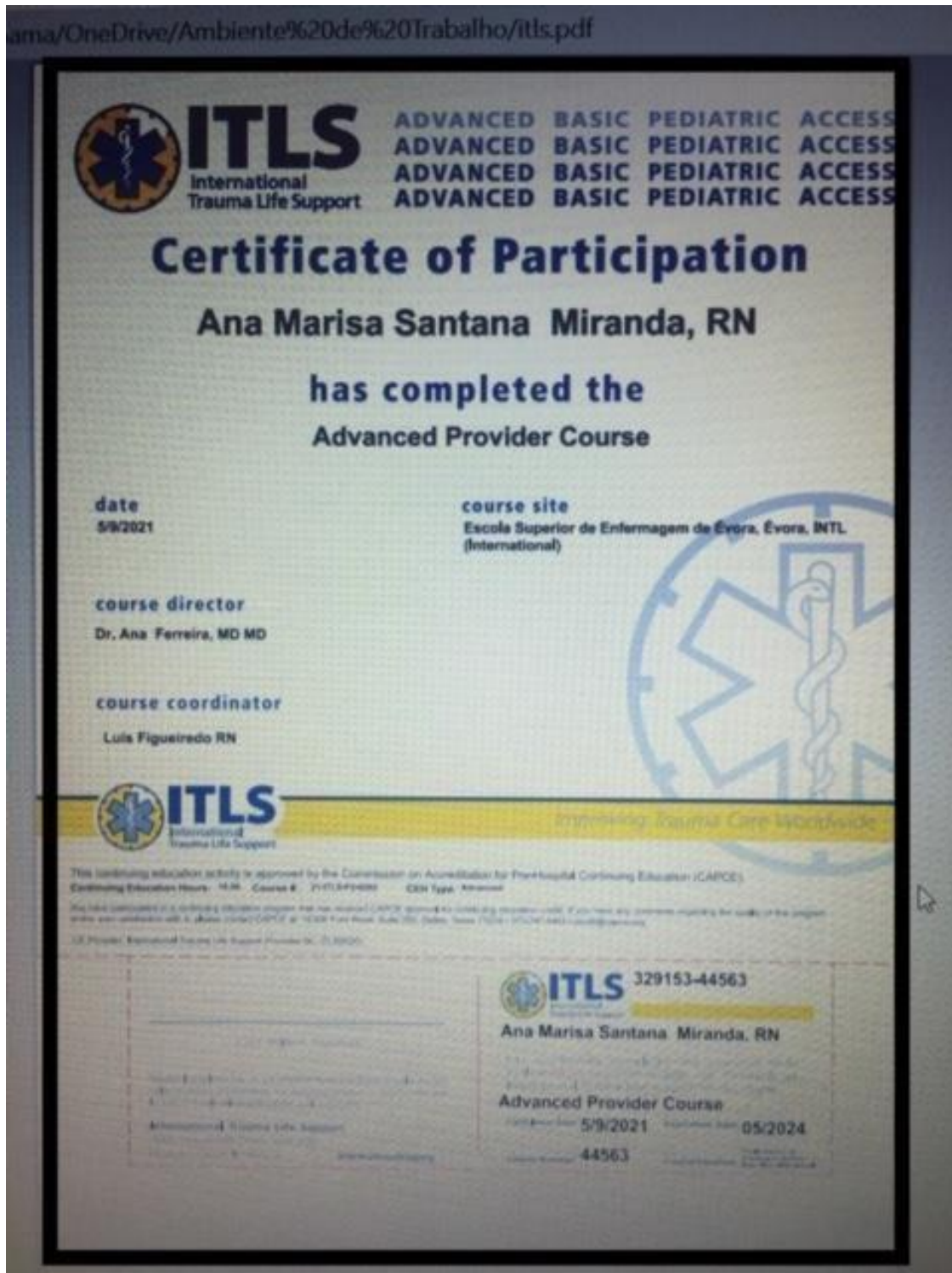
Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	Enfermeiro Especialista	Data:	17/12/2016
Aprovado por:	Chefe de Serviço de Urgência Geral	Data:	17/12/2016
Ratificado por:	Enfermeiro Especialista	Data:	18/12/2016


ANEXO 3 – Certificado de Aprovação em SAV



ANEXO 4 – Certificado de Aprovação em ITLS



ANEXO 5 – Declaração de participação em ações de formação em Serviço




Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido do interessado, declara-se que *Ana Marisa Santana Miranda*, portador(a) do documento de identificação nº 12726732-8ZY0, frequentou as seguintes ações de formação em serviço:

- *Abordagem ao Doente Renal Crónico em Serviço de Urgência*, decorrido no dia 07/07/2021, com a duração de 1 hora e 30 minutos.
- *Abordagem ao Doente Politraumatizado*, decorrido no dia 07/09/2021, com a duração de 4 horas.
- *Díscritmias no Serviço de Urgência*, decorrido no dia 23/09/2021, com a duração de 3 horas e 30 minutos.
- *Ventilação Mecânica Não-invasiva*, decorrido no dia 07/10/2021, com a duração de 2 horas.
- *Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência*, decorrido no dia 14/10/2021, com a duração de 1 hora e 30 minutos.

Setúbal, 21 de março de 2022

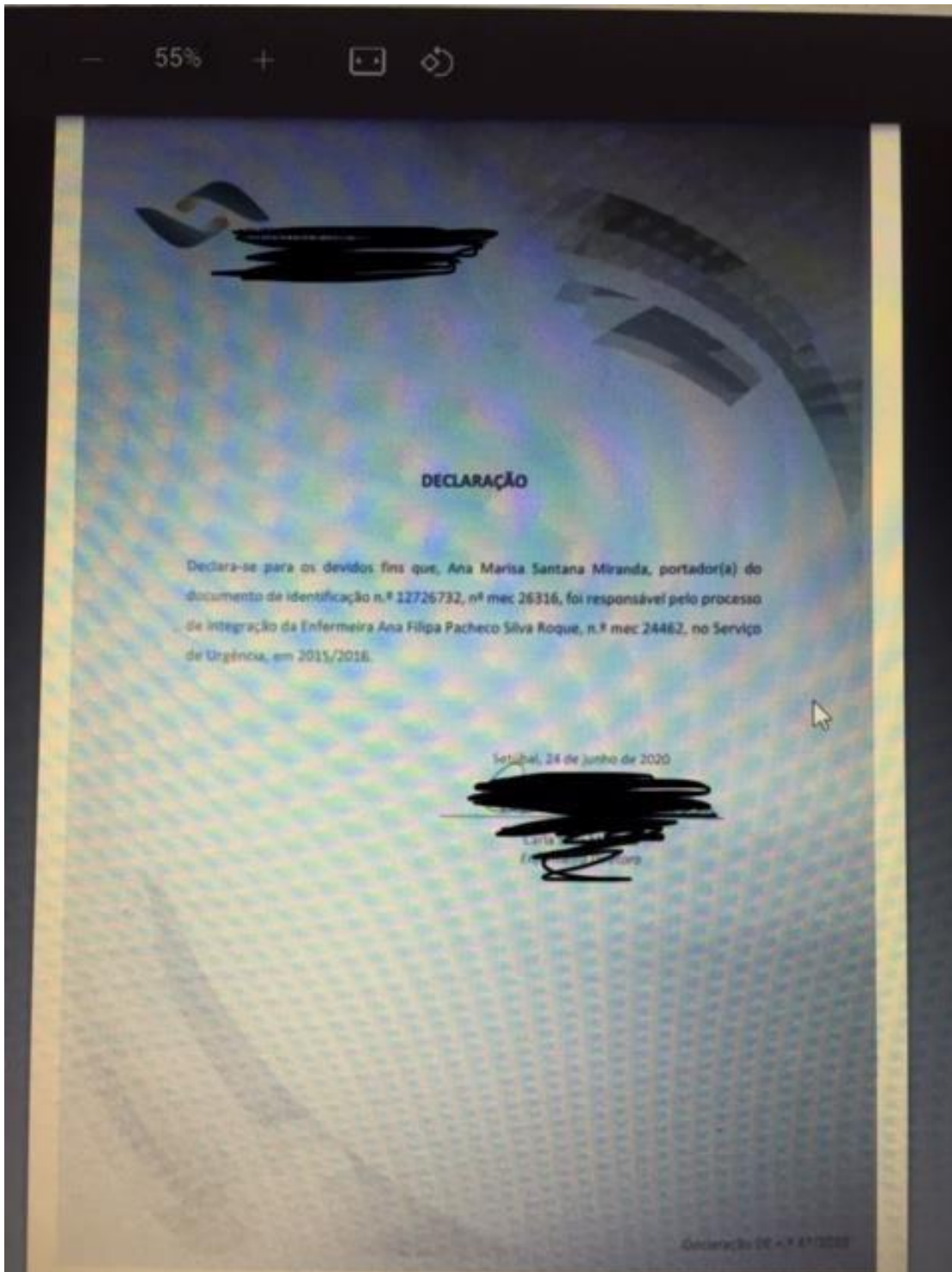
A Responsável do Serviço de Gestão da Formação



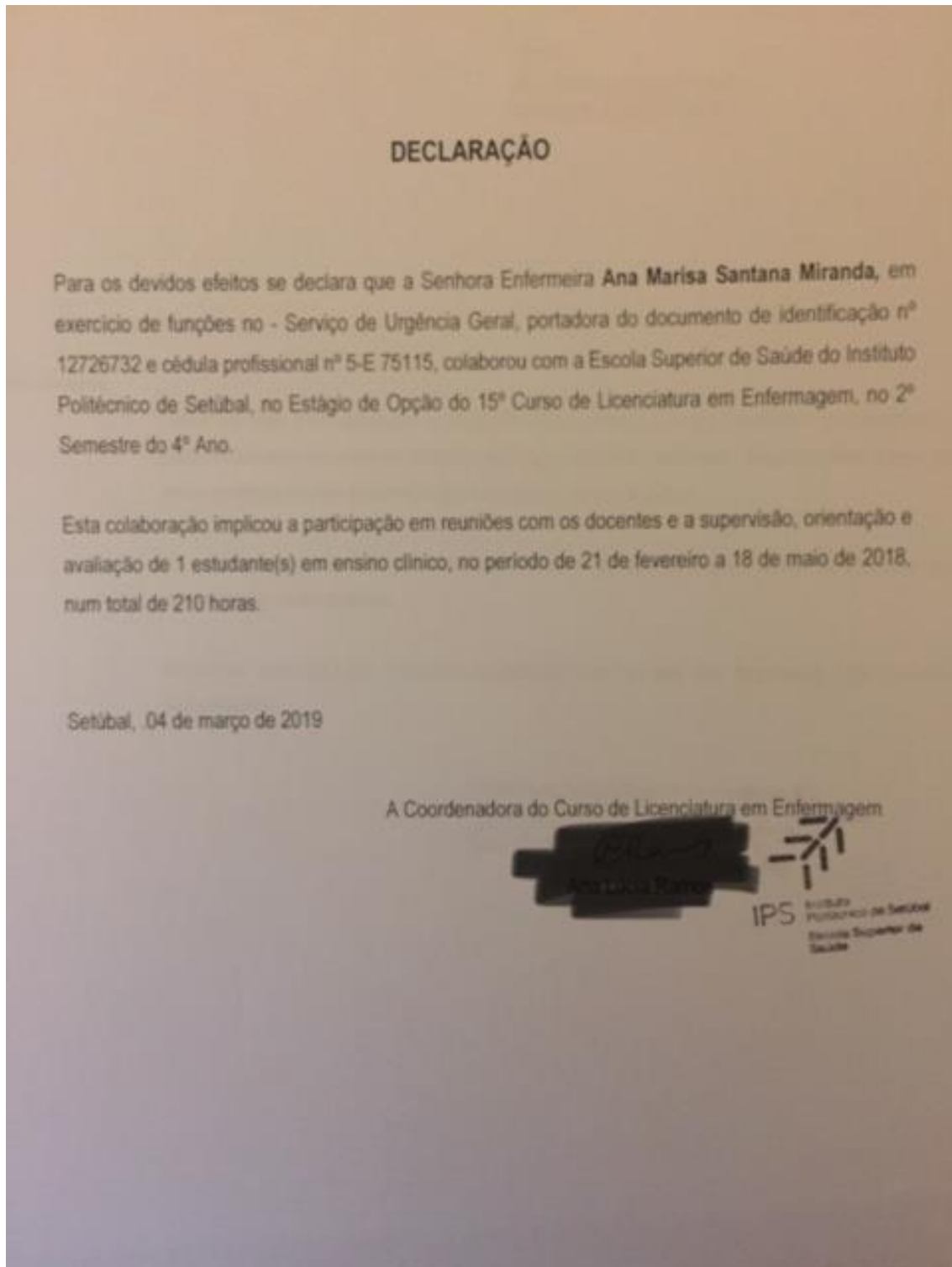
ANEXO 6 – Certificado de apresentação de comunicação livre



ANEXO 7 - Declaração de Integração de enfermeiros no SUG



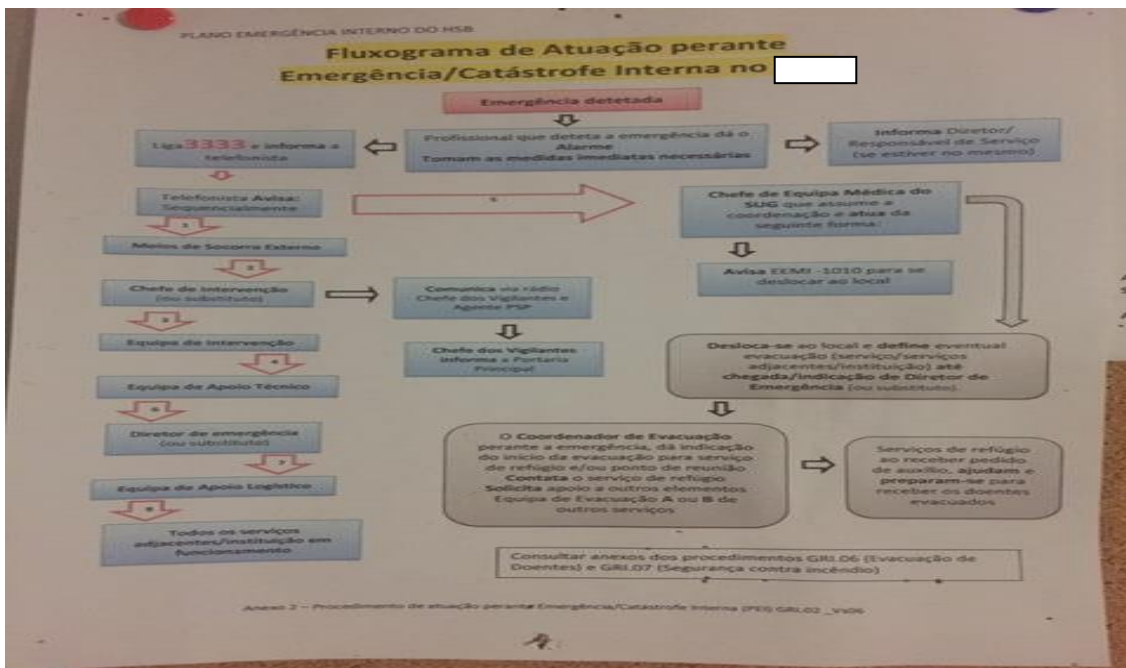
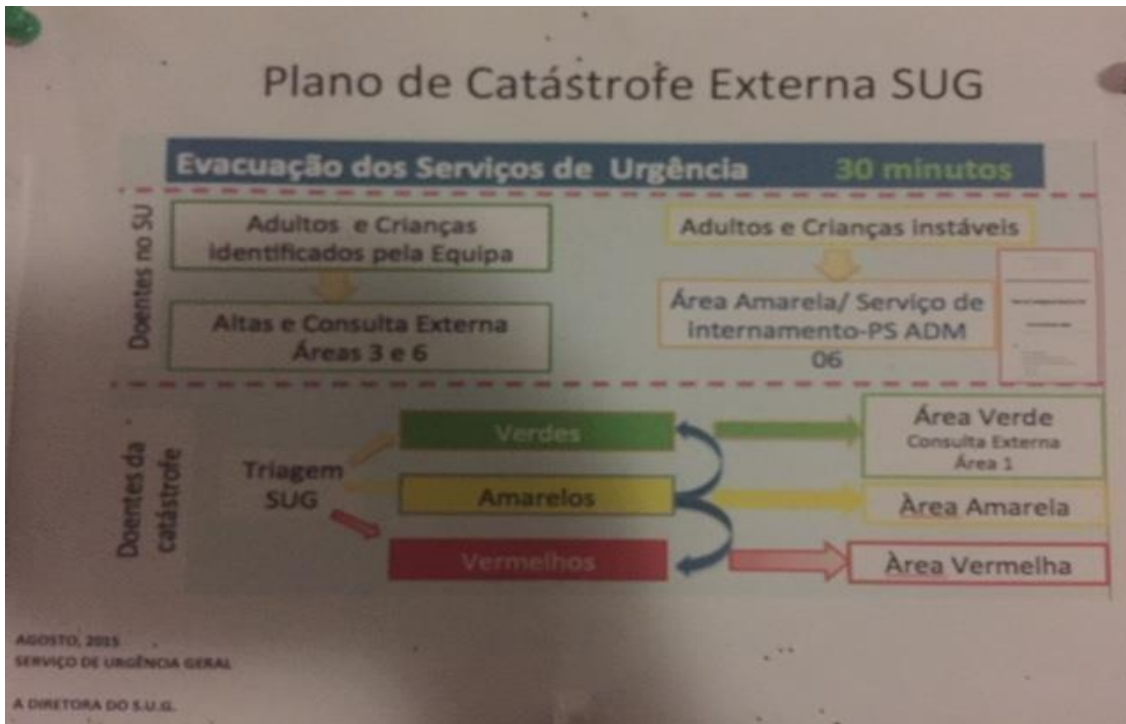
ANEXO 8 – Declaração de orientação de Alunos de Enfermagem



ANEXO 9 – Certificado de participação no curso de Triagem de Manchester



ANEXO 10 – Plano de Catastrofe externo e Interno do CH



ANEXO 11 – Certificado de formação em catástrofe

