



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

Saber Transformar: O meu Percurso de Competências Especializadas

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ana Paula da Costa Alves

(LISBOA, Abril de 2011)



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Saber Transformar: O meu Percurso de Competências Especializadas

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ana Paula da Costa Alves

Sob orientação de Filipa Veludo

(LISBOA, Abril de 2011)

“ Há muito para aprender e muita coisa a apreciar, à medida que as enfermeiras descobrem significados comuns adquiridos em resultado da ajuda, da orientação, da intervenção nos acontecimentos humanos significativos que estão no âmbito da arte e da ciência de enfermagem”

BENNER (2001, p.40)

RESUMO

A construção deste relatório foi norteada pelo Saber Transformar (DIAS, 2004) como processo de transformação individual para o desenvolvimento de competências, bem como pela premissa de BENNER, (2001) de que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional; e na sustentação inerente ao conceito de Enfermagem Avançada (SILVA, 2007), concretizada na relação interpessoal e baseado nas Teorias de Enfermagem no sentido de um trabalho intelecto-profissional (AMENDOEIRA, 1999), através da metodologia de trabalho de projecto [RUIVO, et al (2010); CASTRO, RICARDO (2002); BARBIER (1996); LEITE, MALPIQUE e SANTOS (1991)].

A reflexão acerca da aquisição de competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de excelência, no cuidar à pessoa de médio/alto risco e família, visando a melhoria da qualidade de vida em ganhos em saúde, consta neste relatório. Assim, procurei espelhar a minha vivência como aluna na concretização da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica: Módulo III na Unidade de Cuidados Continuados para Doentes Ventilados Crónicos do Hospital Curry Cabral e o Módulo I no Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz. Dediquei-me à Especialidade Médico-Cirúrgica na prestação de cuidados, na formação e na uniformização de condutas, sendo que se tornou evidente a existência de um fio condutor aos dois estágios - nutrição entérica - enquanto área distinta da enfermagem na pessoa de médio e alto risco e sua família. A minha intervenção demarcou-se pela construção de protocolos de actuação incorporando na prática os resultados da investigação, liderança de equipas de prestação de cuidados especializados e capacidade de trabalhar adequadamente em equipas multidisciplinares e interdisciplinares.

Realço, no percurso da minha formação enquanto enfermeiro especialista, em termos de resultados do cuidar com a pessoa e família de médio e alto risco, através desta experiência de estágios de grande valor, os ganhos e o desenvolvimento de competências no caminho da autonomia e visibilidade sócio-profissional da Enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: Enfermeiro Especialista; Saber Transformar; Nutrição Entérica

ABSTRACT

The writing of this report was guided by “Saber Transformar” (Dias, José; 2004), as an individual process for competences development, by Patricia BENNER’s premise (2001) that tells us that our competences are developed during our professional career, by the advanced nursing concept (SILVA, Abel Paiva; 2007), focused in interpersonal relations, and by the Theories of Nursing in the direction of intellectual-professional development (AMENDOEIRA, 1999), influenced by RUIVO (2010); CASTRO, RICARDO (2002); BARBIER (1996); LEITE, MALPIQUE e SANTOS (1991) methodology of work project. With this report I intended to make an reflection of the competences acquisition in the scope of the intervention of the Specialist Nurse in a Specialization in Medical-Chirurgical Nursing, of excellency, in caring with the person medium/high risk and family, in order to improve their health and their quality of life.

The experience gained, as a student, in achieving The Curricular Unit - “Specialization in Medical-Chirurgical Nursing - training”: “Unidade de Cuidados Continuados de Doentes Ventilados Crónicos” of the Hospital Curry Cabral (Module III) and in the “Atendimento Médico Permanente of the Hospital da Luz” (Module I), is reflected in this paper. My training and studies were developed and focused on the curricular unit "Specialization in Medical-Chirurgical Nursing”, providing health care services, training and harmonising procedures. It was possible to analyse that there is a visible connection between the two different internships – enteral nutrition - as distinct area of nursing, involving medium/high risk persons and their families. The intervention was conducted by applying, in field, protocols who were created based on the results given by the experience as a team leader, who was centered in the specialized health cares and also in the ability to work in multitask and interdisciplinary teams.

Due to this training as a specialist nurse, regarding the results of caring with medium/high risk persons, and also with their families, I consider this training as a great experience with a great value, in terms of developing competences in the way of giving autonomy and socio-professional visibility of Nursing.

KEYWORDS: Specialist Nurse; Know Transform; Enteral Nutrition

AGRADECIMENTOS

A concretização deste relatório só foi possível com o empenho, dedicação e investimento de várias pessoas, que colaboraram de forma directa ou indirecta, formal ou informal, pelo que aqui lhes fica expresso o meu mais sincero agradecimento.

À Professora tutora, que me encaminhou desde o início deste percurso de aquisição de Competências na Especialidade Médico-Cirúrgica, pelo espírito crítico e empenhamento constante, no meu crescimento pessoal e profissional ao longo deste caminho diferente.

A todos os Docentes da Equipa de Enfermagem e da Universidade Católica Portuguesa que contribuíram directamente na Componente Curricular Teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo aprofundamento do conhecimento e pela dedicação, disponibilidade e profissionalismo para a Enfermagem.

À Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos do hospital Curry Cabral, em virtude do seu profissionalismo, acompanhamento, compreensão e disponibilidade que sempre demonstrou para me ajudar, pelas suas orientações e críticas construtivas.

À Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Coordenadora do Serviço de Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz e equipa de multidisciplinar, pela forma dedicada como me receberam e participaram na minha formação, pela escuta atenta e parecer construtivo, proporcionador de momentos importantes de reflexão.

Gostaria de expressar o meu apreço a todas as pessoas a que prestei cuidados: em especial aos clientes crónicos ventilados e sua família da UCI do HCC e aos clientes de médio e alto risco e suas famílias admitidas no AMP do HL, por me permitirem reflectir sobre a minha prática e desenvolver e adquirir competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

ABREVIATURAS

ed. – editor

Enf^o - enfermeiro

Enf^a – enfermeira

Enf^{os} – enfermeiros

n^o - número

p. – página

ppm – pulsações por minuto

Sr^a - senhora

vol. - volume

Id. – Idem

SIGLAS

AMP – Atendimento Médico Permanente

APNEP – Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DVD's – Discos Digitais de Vídeo

DVD – Disco Digital de Vídeo

ECG – Electrocardiograma

ESPS – Escola Superior Politécnica de Saúde

FA – Fibrilhação Auricular

HCC – Hospital Curry Cabral

HL – Hospital da Luz

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SO – Serviço de Observação

UCCDVC – Unidade de Cuidados Continuados de Doentes Ventilados Crónicos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP-ICS – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

UIV – Unidade de Intervenção Vascular

UP – Úlcera de pressão

ÍNDICE

p.

0 - INTRODUÇÃO	09
1 – UM PERCURSO NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	16
1.1 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS.....	19
1.1.1 – <u>Unidade de Cuidados Continuados de Doentes Crónicos Ventilados</u> <u>do Hospital Curry Cabral</u>	22
1.1.2 – <u>Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz</u>	33
1.2 – GANHOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS	45
2 – CONCLUSÃO	50
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	59
ANEXO I – <u>Plano da formação em serviço -HCC</u>	60
ANEXO II – <u>Convite para a formação em serviço – HCC</u>	63
ANEXO III – <u>Acção de formação – HCC</u>	65
ANEXO IV – <u>Instrumento de avaliação da formação em serviço – HCC</u>	81
ANEXO V – <u>Resultados estatísticos da acção de formação do HCC</u>	83
ANEXO VI – <u>Póster: Opções Terapêuticas na Úlcera de Pressão – HCC</u>	88
ANEXO VII – <u>Parecer à Sub-Comissão de Feridas do HCC</u>	90
ANEXO VIII – <u>Protocolo Interdisciplinar de Nutrição Entérica – HCC</u>	96
ANEXO IX – <u>1ª Curso de Nutrição Artificial Hospital Santo António Porto</u>	98
ANEXO X – <u>Ordem de trabalhos da reunião multidisciplinar – HCC</u>	100
ANEXO XI – <u>Guião da Entrevista - Subcomissão Nutrição Artificial do HL</u>	103
ANEXO XII – <u>Transcrição da entrevista – HL</u>	106
ANEXO XIII – <u>Análise da entrevista – HL</u>	110
ANEXO XIV - <u>Exposição “Nutrição Entérica no contexto do AMP do HL”</u>	114
ANEXO XV – <u>Procedimento de Enfermagem: Cuidados de Enfermagem com a</u> <u>preparação, administração e monitorização da nutrição entérica HL</u>	139
ANEXO XVI – <u>Póster: Cuidados de Enfermagem ao Cliente, na administração</u> <u>e monitorização da NE – HL</u>	148

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura nº 1 – Saber Transformar (Adaptado de Dias, José; 2004).....	16

0 – INTRODUÇÃO

Nasceu comigo o desejo de um dia Ser Enfermeira. Fruto de muita luta e perseverança...eis que conquistei esse triunfo! Durante toda a minha vida profissional procurei sempre investir na profissão através do conhecimento e da investigação. Neste sentido e continuando neste caminho de aprendizagem ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional que visa a formação pós-graduada de enfermeiros na área de especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica.

Durante o meu percurso profissional, tive oportunidade de trabalhar em diferentes contextos e usufruir de distintas experiências que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Mais recentemente, há aproximadamente 6 anos, que me encontro a exercer funções em cuidados intensivos (primeiro na Unidade de Cuidados Intensivos de Doentes Infecciosos no Hospital de Santa Maria e depois na UCI do HCC) e, foi neste contexto que, senti a necessidade de enriquecer o meu conhecimento e alargar o âmbito das minhas competências, no plano teórico-prático na área da especialidade médico-cirúrgica. Optei pela Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica por ser preconizado desenvolver competências nos domínios científico, técnico, humano e cultural, na prática, na formação, na gestão e assessoria, direccionados à prestação de cuidados à pessoa de médio e alto risco, no sentido da qualidade em saúde.

Ser Enfermeiro implica o desenvolvimento de competências e a sua operacionalização no cuidar à pessoa, tal como se refere na Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, que procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, artigo 7º, (p.6529): “*O título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção*”. Assim, no que concerne à enfermagem, esta deve-se pautar por princípios de responsabilidade profissional e de respeito pelos direitos humanos que levem à excelência. Direccionando-me à prestação de cuidados e no âmbito do Regime Jurídico

do Exercício de Enfermagem refiro-me REPE – Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, artigo 4º, alínea 3 - Conceitos (p.2960):

“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Emerge, pois, a necessidade da realização de estágios, de acordo com o plano de estudos, que constituam matrizes para a construção e desenvolvimento do Saber, Saber Ser, Saber Fazer e Saber Aprender, reflectido e direccionado no Saber Transformar. Foi, neste sentido, que realizei o estágio na UCCDVC do HCC (Módulo III – Opcional), de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010 e o estágio no AMP do HL (Módulo I – Serviços de Urgência), de 22 de Novembro 2010 a 28 de Janeiro de 2011, ambos integrados na Unidade Curricular “Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica”. A orientação dos estágios e deste relatório esteve sob a tutoria da Professora Filipa Veludo.

Há a referir que a Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica está dividida em três módulos, sendo que frequentei apenas os dois referidos anteriormente e o Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios foi creditado pela Universidade Católica Portuguesa. Esta creditação considero ter sido fundamentada na minha experiência profissional em Cuidados Intensivos, não só em relação ao tempo de experiência profissional, mas essencialmente no desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa de médio e alto risco, bem como à supervisão de alunos em estágio e construção e implementação de projectos inovadores. A valorizar, ainda, a construção de uma Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária direccionado à prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da Educação para a Saúde especialmente aos doentes submetidos a transplante hepático – “Educar para o Regresso a Casa após Transplante Hepático” (ALVES, 2007), bem como as actividades inerentes aos cuidados nutricionais à pessoa em estado crítico e a formação contínua em serviço nestas áreas. O meu investimento na área da nutrição artificial tem passado pela sua monitorização, construção e implementação de protocolos de nutrição entérica multidisciplinares, construção e implementação de uma equipa multidisciplinar de

nutrição artificial na UCI e membro na Sub-Comissão de Nutrição Artificial do HCC, como representante da Classe Profissional de Enfermagem.

A selecção dos locais de estágio esteve relacionada não só com factores e preferências pessoais e profissionais mas também com factores organizacionais e formativos partilhados pelos serviços e instituições escolhidas, no sentido do desenvolvimento e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (UCP-ICS/ESPS, 2009).

A escolha do HCC, esteve directamente relacionada com o facto de eu desempenhar funções nesta instituição e abraçar os seus valores e as suas premissas em prol da pessoa de quem cuido. É uma instituição de referência na prestação de cuidados diferenciados sustentando-se em ter “ (...) *por visão obter o reconhecimento da excelência na prestação e gestão de cuidados de saúde, na inovação, na formação contínua pré e pós graduada, assumindo-se como instituição de referência nacional*” (SIADAP, 2010, p.2). A missão do HCC direcciona-se à “*prestação de cuidados de saúde de Qualidade, Compreensivos e Humanizados, que integram o tratamento da doença aguda e crónica, disponibilizando as melhores práticas clínicas, desenvolvendo o ensino e a investigação, num quadro organizacional centrado no doente, no seu bem-estar, e no apoio à sua família*” (Id., 2010, p.2). Portanto, premissas como a Qualidade, a Ética e Integridade, Respeito pelos direitos Individuais, Competência e Inovação; foram aspectos que pesaram na minha decisão.

A UCCDVC do HCC foi uma opção ponderada, por ser no meu contexto de trabalho, isto porque, foi uma forma exigente de repensar a prática de cuidados na visão de especialista, apresentando estratégias promotoras de qualidade, otimizando e dando continuidade a projectos, implementando estratégias reflectidas para depois monitorizar ao longo da minha carreira profissional na referida unidade. Assim, considero que seria uma oportunidade única de desenvolver competências relacionadas com o formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica, bem como realizar a gestão dos cuidados e também incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências. Contributos estes

à minha formação pessoal e profissional visíveis na minha prestação de cuidados à pessoa e família e também na instituição de que faço parte.

A opção pelo HL, não foi a primeira escolha por condicionantes relacionados com a disponibilidade dos locais de estágio. No entanto, a minha escolha pela instituição e pelo AMP esteve relacionado com a possibilidade de contacto com culturas organizacionais diferentes de cariz privado, como da possibilidade de conhecer a dinâmica orgânico-funcional da Comissão de Nutrição Artificial do HL e na intenção de aprofundar conhecimentos e adquirir competências num contexto tão específico quanto é o atendimento urgente. Premissas importantes nesta decisão estão relacionadas com a missão do HL no conceito de prestação integrada de cuidados de e na sua filosofia assume o compromisso de excelência e inovação. Na cultura do HL há ainda a referir oito valores: rigor intelectual, aprendizagem constante, responsabilidade pessoal, respeito e humildade, atitude positiva, integridade e espírito de equipa. Refiro-me ainda, ao corpo de enfermagem, que tem como missão: *“prestar cuidados de excelência a todos os clientes que procuram o Hospital de Luz”* (CORPO DE ENFERMAGEM DO HL, disponível em: <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigoId=6>).

Consta no Manual da Direcção de Enfermagem do HL (intranet), na prestação de cuidados, a política nº 1 que se refere à excelência na técnica e no cuidar, de forma a garantir as boas práticas dos profissionais de enfermagem. Têm como objectivos:

“Garantir as boas práticas profissionais, respeitando o nível actual de conhecimento; Orientar as intervenções de enfermagem, respeitando os princípios inerentes aos diversos procedimentos; Proporcionar ao cliente/família um atendimento homogéneo, garantindo a continuidade dos cuidados; Facilitar a integração dos profissionais, a prestação de cuidados; Orientar a avaliação da qualidade dos cuidados prestados”
(MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM HL, 2006).

Tenho a referir ainda a minha intencionalidade na escolha destes dois contextos de estágio, baseada na construção de um fio condutor transversal, em virtude da operacionalização/organização dos mesmos. Isto, pela minha sensibilidade e necessidade de aprofundamento de conhecimentos e competências na área da nutrição artificial nas pessoas/família de médio e alto risco no sentido da prestação de cuidados de enfermagem de excelência, tentando integrar todas as outras dimensões do cuidar da pessoa/família de médio e alto risco. Na UCCDVC por ser uma unidade constituída por doentes crónicos ventilados e que na sua maioria necessitam de nutrição artificial e no

AMP porque no serviço de observação alguns clientes necessitam por vezes de iniciar este tipo de nutrição o mais precocemente possível. De realçar que esta área da prestação de cuidados por mim trabalhada foi sentida, nos diferentes contextos, pertinente na sua aplicabilidade prática e de interesse às equipas de enfermagem e multidisciplinares que integrei nestes estágios.

Porquê, os cuidados nutricionais entéricos em pessoas/família de médio e alto risco? Porque, é uma área que enquanto enfermeira considero ser cada vez mais relevante e de grande contributo no restabelecimento da doença, conseqüentemente diminuição de tempo de internamento e diminuição da taxa de mortalidade contribuindo directa e indirectamente para a melhoria da qualidade de vida da pessoa e família que usufrui de cuidados, bem como para a eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem em ganhos de saúde. Neste sentido, partilho da opinião de FERNANDES e CASTELÕES (2009, p.129) quando afirmam que: *”o doente crítico, quer pela patologia aguda severa, quer pela agudização da doença crónica, apresenta um elevado risco de desenvolver um estado de desnutrição calórico-protéica. Um aporte nutricional inadequado está associado a aumento das complicações infecciosas e tempos de internamento mais prolongados”*.

Um relatório pretende, pois, ser uma publicação de grande importância pelo grau de actualidade nele contida, pela facilidade de leitura e pelo carácter operacional e prático do seu conteúdo. Partilho da opinião de AZEVEDO e AZEVEDO (2006, p.66), quando refere que o relatório *“deve enunciar o que foi feito, porque foi feito, apresentar os dados recolhidos, segundo o método escolhido e criar novos conhecimentos com base numa proposta de interpretação desses dados recolhidos”*. Neste sentido, a construção deste relatório possibilita a tomada de consciência de fragilidades e a consolidação de conhecimentos, num percurso prático de cuidados, que permitiram mobilizar saberes e desenvolver competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na prestação de cuidados à pessoa de médio e alto risco e família. Este relatório pretende ser um momento de análise, reflexão e avaliação, de forma crítica e construtiva, transparecendo o meu desempenho nos estágios frequentados de acordo com os objectivos traçados no projecto de estágio.

Foi construído com recurso à metodologia de trabalho de projecto [RUIVO, et al (2010); CASTRO, RICARDO (2002); BARBIER (1996); LEITE, MALPIQUE e SANTOS (1991)], por ser um método orientado para a resolução de problemas e *“tem como objectivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real”* (RUIVO, 2010, p.3). Assim, encontro-me na etapa de Divulgação dos Resultados (Redacção do relatório final), *que “após a implementação de um projecto é uma fase importante, na nossa visão, na medida em que se dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projecto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema”* (Id., 2010, p.31).

Neste sentido, considero como objectivo geral deste relatório:

- Reflectir acerca da aquisição de competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de excelência, no cuidar à pessoa de médio/alto risco e família, visando a melhoria da qualidade de vida em ganhos em saúde.

Como objectivos específicos:

- Descrever as actividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio;
- Fundamentar as estratégias implementadas promovendo o processo ensino/aprendizagem;
- Avaliar as actividades desenvolvidas face aos objectivos traçados no projecto de estágio e face às competências adquiridas, evidenciando os resultados da prestação.

A sistematização estrutural deste relatório compreende a presente introdução, um capítulo de desenvolvimento que desigmo de “Um percurso na aquisição de competências” e a conclusão. No primeiro capítulo, partindo dos objectivos traçados no projecto de estágio, descrevo as actividades desenvolvidas – a sua pertinência e a sua fundamentação para a enfermagem, procedo à identificação de situações/problemas e estratégias de implementação em cada contexto de estágio, mobilizando o conteúdo funcional da Carreira de Enfermagem (Decreto Lei nº437/91) e as competências adquiridas de acordo com o plano de estudos (UCP-ICS/ESPS, 2009). Na Conclusão

salienta-se a análise crítica dos aspectos tratados ao longo deste relatório, as considerações finais sobre a aprendizagem, dificuldades e limitações encontradas ao longo do percurso e sugestões/implicações para a prática de enfermagem.

1 – UM PERCURSO NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretendo elucidar o leitor quanto ao meu percurso na aquisição de competências, ou seja, em que valores e premissas sustentam o meu estar e agir enquanto aluna da Especialidade Médico-Cirúrgica. Remeto-me, também, aos módulos de estágio, objectivos e actividades em relação à sua pertinência, exequibilidade e fundamentação para a Enfermagem. Salvaguardo que tudo o que se insere na minha prática de cuidados foi feito em contextos de estágio, pelo que seleccionei algumas situações problema mais complexas e estratégias implementadas que exigiram a mobilização de competências especializadas.

Um percurso prático de cuidados pela realização dos estágios possibilitou-me a oportunidade de aprofundar conhecimentos, desenvolver capacidades e adquirir competências num domínio específico da Enfermagem – a Especialidade Médico-Cirúrgica. As competências surgem pela adaptada e congruente aplicação do conhecimento, nas situações concretas do intervir. Gostaria de salientar que o meu percurso de aluna da especialidade, na aquisição e desenvolvimento de competências faz-se rever no Saber Transformar. Neste sentido partilho do parecer de DIAS (2004, p.58), ao afirmar que o desenvolvimento de competências (Figura nº 1)

“é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber-Fazer (capacidades), do Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um Saber-Transformar, ou seja, uma interacção entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho”.

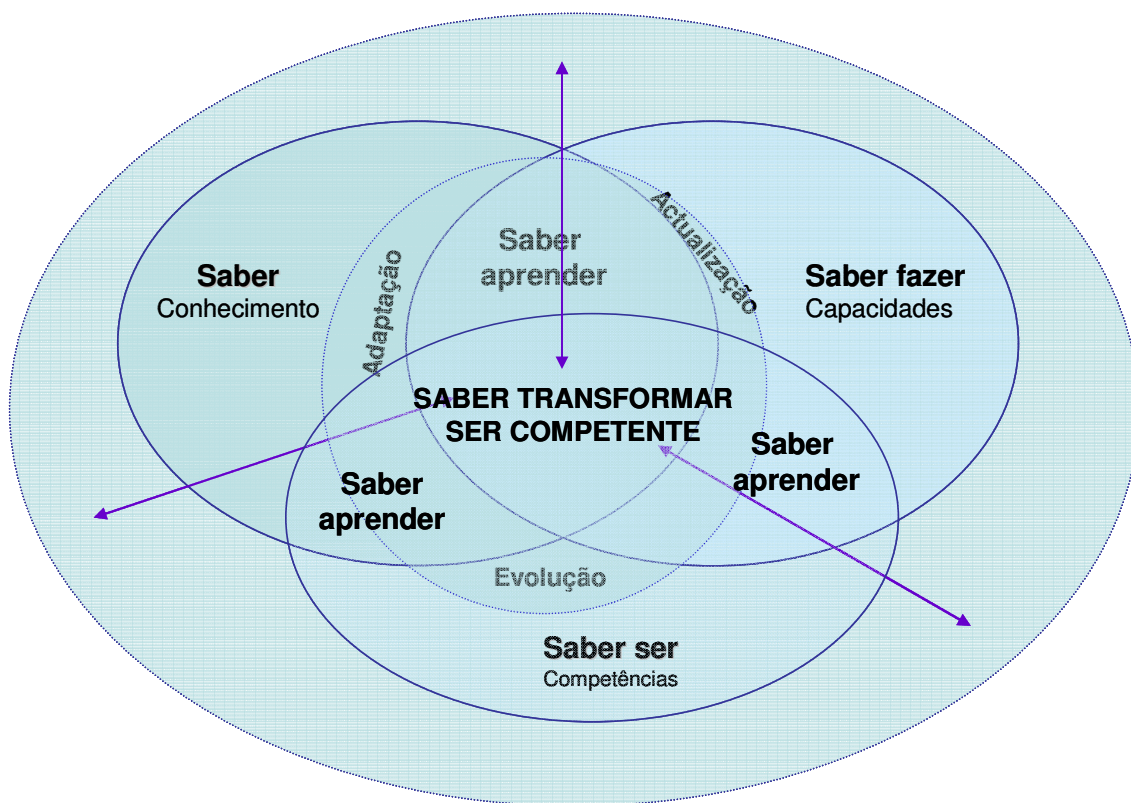


Figura nº 1 – Saber Transformar (Adaptado de Dias, José; 2004)

Independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, BENNER (2001, p.16) defende que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional, de forma gradativa e temporal, nos contextos de trabalho, afirmando que

“compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer. Estudar uma prática socialmente organizada permite uma reflexão colectiva que pode construir o conhecimento e criar novas agendas para a investigação”.

Creio que, para que haja efectividade na mudança de todo o processo formativo e consequentemente no desenvolvimento de competências, torna-se pertinente incentivar a investigação, a utilização dos resultados da mesma no contexto de trabalho e a análise e discussão do seu impacto nos cuidados, daí ter procurado em cada local de estágio mobilizar o conhecimento científico para fundamentar a minha acção. Neste sentido, direccionei-me ao que subjaz o conceito de Enfermagem Avançada, defendido por SILVA (2007, p.18), *“que significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em*

teorias de enfermagem que têm por «Core» o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências na tomada de decisão”.

Fundamenta-se aqui a necessidade de interrelacionar o conhecimento, a investigação e a teoria, visível em práticas colaborativas: transdisciplinaridade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, em virtude da resposta humana às transições. O conceito de transições refere-se à Teoria de MELEIS et al (2000), como conceito central da enfermagem, que consiste em capacitar a pessoa nos processos de transição que experiência. Estas experiências de transição são complexas, diversas e dimensões múltiplas. Este posicionamento nos cuidados de enfermagem implica, pois, o enfermeiro centrar-se nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias usando o conhecimento, a investigação e a teoria.

É elementar que a enfermagem como disciplina desenvolva um corpo de conhecimentos expresso em conceitos e teorias, que dão apoio à sua prática. Em cada situação de cuidados de enfermagem pode ser identificada uma diversidade de teorias que proporcionam uma sólida base de conhecimentos à prática profissional de enfermagem (GEORGE, 1993). Segundo DOROTHEA OREM, citada por TOMEY E ALLIGOOD (2004, p. 216), é através do “processo de enfermagem que o enfermeiro, com base em juízos práticos reflexivos sobre as condições existentes, sintetiza elementos situacionais concretos”. Neste relatório, pretendo transparecer os construtos teóricos, mais relevantes, que fundamentaram a minha tomada de decisão no contexto da prática de cuidados. Destaco as concepções actuais da disciplina de Enfermagem integradas em Escolas de Pensamento, nomeadamente a Escola das Necessidades – VIRGINIA HENDERSON e DOROTHEA OREM, a Escola dos Resultados – CALLISTA ROY, a Escola da Interação – HIDDEGARD PEPLAU. Teóricas que vou recorrer na elaboração deste relatório. Gostaria, aqui de salvaguardar que em algum momento da prestação de cuidados poderia ter-me recorrido de outra teórica de enfermagem que possa não estar a referenciar.

É necessário, por parte do enfermeiro, um trabalho intelecto-profissional “*como forma de se implementar o cuidar no sentido profissional em Enfermagem, dando-lhe assim uma perspectiva de qualificação, responsabilidade e autonomia, no processo de construção de uma identidade social*” (ALVES e SOUSA, 2004, p.27). O processo de construção da qualificação dos enfermeiros para o saber em Enfermagem parte da

necessidade de compreender o saber profissional em enfermagem na medida em que este se desenvolve de forma articulada entre saberes práticos e técnicos em que o saber torna-se mais consistente se seguir uma lógica de trabalho intelecto-profissional (AMENDOEIRA, 1999).

Ao leitor pretendo esclarecer, que na redacção deste relatório é por vezes adoptado o termo doente ou cliente ou pessoa, dada a contextualização específica dos cuidados: HCC – doente (doente crítico) e HL – cliente. Na minha reflexão pessoal refiro-me a Pessoa como ao alvo dos cuidados, por implicar um ser holístico. E em partilha com BETTY NEUMAN, é adoptado que *“enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto”* (TOMEY E ALLIGOOD 2004, p. 337). Para a mesma autora, os clientes são vistos na sua totalidade, cujas partes estão em interacção dinâmica.

No que concerne à minha actuação como enfermeira especialista de enfermagem médico-cirúrgica, consegui aprofundar conhecimentos e adquirir competências através da experiência prática em estágio e estabelecer intervenções com a pessoa de médio e alto risco e com a sua família no sentido de ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida. Posicionando-me numa prática de Enfermagem Avançada, e em sintonia com HANSON (2005), acredito nos devemos munir de um corpo crescente de conhecimentos sobre a prática de enfermagem médico-cirúrgica de família, na medida em que, só quando os enfermeiros desta especialidade incluírem a família no planeamento de cuidados se encontrarão cuidados de saúde holísticos, humanos e sensíveis.

1.1 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS

O conhecimento na Enfermagem enquanto ciência humana prática caracteriza-se nos diversos padrões de saber em enfermagem (Saber Empírico ou a ciência de enfermagem; Saber Ético ou a componente moral do saber na enfermagem; Saber pessoal na enfermagem; Saber Estético ou a arte na enfermagem). Tornou-se, também,

evidente que estes padrões se exprimem e se alimentam na prática dos cuidados, não como autónomas mas como partes de um todo complexo que consiste na prestação de cuidados (LOPES, 2006). Neste sentido, a experiência desenvolvida em estágio torna-se muito enriquecedora.

Mediante o projecto de estágio construído para cada contexto de aprendizagem foram delineados objectivos e estratégias de implementação bem como competências a adquirir e/ou desenvolver. De forma a estruturar este relatório, opto por realizar a descrição e proceder à análise crítica dos objectivos, bem como a reflexão crítica e justificação de estratégias implementadas por campo de estágio e por critério temporal. Há aqui a clarificar que elaborei um objectivo geral e três objectivos específicos direccionados à concretização dos dois módulos de estágio, na UCCDVC no HCC e no AMP do HL, dado haver um fio condutor e de interligação no âmbito dos cuidados nutricionais entéricos.

Para clarificar o leitor e dado os objectivos do meu projecto de estágio serem lineares aos dois estágios, de seguida descriminá-los-ei:

Objectivo geral:

- Desenvolver competências no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, de excelência, no cuidar ao doente de médio/alto risco e família, visando a melhoria da qualidade de vida em ganhos de saúde.

Objectivos específicos:

1. Prestar cuidados como enfermeiro especialista médico-cirúrgica a doentes de médio e alto risco, de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais preconizados;
2. Desenvolver de competências no âmbito da formação, de forma a basear a pratica numa sólida, inovadora e válida fundamentação científica, tendo em consideração a segurança dos cuidados;
3. Contribuir para a uniformização de condutas pelos profissionais mediante a administração de nutrição entérica ao doente de médio e alto risco.

Porém, decorrente da cultura organizacional e resistências à mudança no AMP, não foi possível realizar formação em serviço formal, tendo sido necessária a adopção de estratégias diferentes e integradas na dinâmica do serviço. Assim, neste campo de estágio, penso ter integrado as competências do segundo objectivo no terceiro objectivo, pelo que neste relatório só me reportarei ao terceiro objectivo.

Gostaria de lembrar que a temática dos cuidados nutricionais entéricos surge ligado à minha prática profissional como referenciado. No entanto, aquando a elaboração do projecto deixei sempre em aberto a possibilidade de trabalhar outras áreas direccionadas às necessidades dos contextos de estágio frequentados, bem como o não desenvolvimento da temática dos cuidados nutricionais entéricos se isso não fosse pertinente para o contexto. A meu ver a nutrição na saúde, em Portugal, é um assunto de cariz multidisciplinar, reunindo diferentes áreas do saber, onde a enfermagem deve assumir um papel de relevo dada a sua intervenção com a pessoa como ser holístico e direccionada a ganhos em saúde. Refere-nos o GRUPO DE ESTUDOS DA DESNUTRIÇÃO DA APNEP (2009, p.1) que *“a desnutrição associada à doença afecta cerca de 20 a 50% dos doentes no momento da admissão hospitalar e cerca de 10% dos indivíduos na comunidade”*. Neste sentido:

“a evidência demonstra que a nutrição é uma terapêutica obrigatória, e como tal tem de ser integrada (...) desta forma, a nutrição individualizada é sem sombra de dúvida determinante major da melhoria dos cuidados prestados aos doentes, sendo essencial para a melhoria do seu estado nutricional, ingestão alimentar, modulação sintomática, bem-estar e da sua qualidade de vida” RAVASCO (2010, p.45).

É de referir que as competências a que me refiro neste relatório prendem-se com as referenciadas no REGULAMENTO GERAL UCP (UCP-ICS/ESPS, 2009). Gostaria ainda de salvaguardar, que a aquisição de competências esteve sempre presente no desenrolar dos estágios e são transversais aos três módulos de estágio. Por uma questão de estruturação deste relatório irei salientar as principais competências adquiridas, o que não implica que as restantes não tivessem sido trabalhadas.

1.1.1 – Unidade de Cuidados Continuados de Doentes Crónicos Ventilados do Hospital Curry Cabral

O estágio na UCCDVC do HCC (Módulo III – Opcional) decorreu entre 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010.

A UCI localiza-se no 2º piso do edifício novo e é constituída por três valências: UCCDVC (três camas), UCI polivalente (oito camas: quatro camas em cada sala, estando estas em interligadas; e dois quartos de isolamento com pressão negativa), UCI cirúrgica (seis camas: três camas em cada sala, estando estas em interligadas; e dois quartos de contenção), e a UIV.

A UCI recebe pessoas em estado crítico que necessitam de ventilação mecânica ou vigilância hemodinâmica contínua. Estes doentes provêm do serviço de urgência, serviços de internamento ou de outros hospitais (caso pertençam ao HCC por referência hospitalar). Os doentes admitidos são frequentemente do foro cardiovascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, doentes com falência multiorgânica e pós-operatórios imediatos hepático, renal, ortopédico, entre outros. Quanto às patologias mais frequentes (de acordo com a minha experiência profissional): insuficiência respiratória global ou parcial, DPOC agudizada, doenças infecciosas do foro respiratório, insuficiência cardíaca, edema agudo do pulmão, falência multiorgânica, choque séptico, doenças neurológicas degenerativas – Esclerose lateral amiotrófica, pós-operatório de cirurgia abdominal e hepatobiliar, entre outros.

A UCI apresenta ainda outros espaços físicos como: sala de sujos/ desinfecção; três arrecadações com material clínico, roupa e colchões; farmácia; sala de reuniões; casa de banho para o pessoal; gabinete do secretário da unidade; vestiários; copa; gabinete da enfermeira chefe; gabinetes médicos; sala de análises clínicas.

Em termos de recursos humanos, é constituída por uma equipa médica com director de serviço, 1 secretaria de unidade, 10 assistentes operacionais, 3 assistentes de limpeza e a equipa de enfermagem orientada pela Enf^a Chefe – 50 enfermeiros, 1 Enf^o Especialista na área de Reabilitação, 2 Enf^{os} responsáveis nas áreas médica e cirúrgica. Os

enfermeiros estão distribuídos em 5 equipas, cada uma com 1 chefe de equipa e um segundo elemento. Em relação ao sistema de informação, há a referir que a maioria do sistema de registo e operacionalização é informatizado, embora ainda exista o “papel” e o “processo do doente” como instrumento coadjuvante. O sistema informático utilizado para registos de enfermagem é o sistema aplicativo SAPE em que se utiliza a linguagem CIPE. É possível consultar análises e exames via intranet. Em relação à terapêutica, é utilizado o sistema unidose e há um stock para eventuais necessidades.

A UCCDVC é uma unidade integrada na UCI, que acolhe doentes crónicos com ventilação artificial. Em termos da sua estrutura física, tem capacidade para três camas, com a particularidade de ser permitido a cada doente um espaço para os seus pertences pessoais (roupas, DVDs, produtos de higiene, telemóveis, fotografias...) e está equipada com equipamentos informáticos, televisão, rádio, DVD adaptados a pessoas nesta situação de vida. Como critérios de admissão nesta unidade (de acordo com LEITÃO, et al, 2010): dependência de ventilação mecânica definitiva; incapacidade total para se auto-cuidar ou familiar substituir nessa tarefa; dependência de cuidados de enfermagem contínuos; incapacidade por parte da comunidade para resolver este tipo de situações. Em relação à metodologia de trabalho adoptada pela equipa de enfermagem, nesta unidade, é o método individual de trabalho, sendo 1 enfermeiro por turno que assume a responsabilidade da prestação da totalidade dos cuidados. Esta unidade permite o privilégio da visita e familiares sempre que o desejem e o serviço o permitir. Existe o projecto Arco-Íris que é impulsionado por um grupo de enfermeiros da unidade, que dinamiza a unidade no sentido de proporcionar actividades interactivas com os residentes e suas famílias. Assim, centra a sua prática de cuidados em três dimensões:

“promover e garantir a continuidade entre as acções preventivas e terapêuticas, associadas a um plano individualizado que contemple o bem-estar físico, psicológico, espiritual e emocional da pessoa ventilada crónica e dos familiares que a acompanham; promover uma maior ligação da unidade a meios de apoio exterior e o seu reconhecimento social; suscitar a reflexão social sobre a envolvimento da problemática em questão” (LEITÃO, et al; 2010, p.2).

A destacar a visão de humanizar o espaço hospitalar tornando-o a casa da pessoa ventilada crónica, assumindo a capacidade de conciliar os valores técnicos com os valores éticos, num esforço permanente e conjunto de ajudar a pessoa a construir e viver num espaço de acolhimento.

Após a contextualização do estágio, procedo de seguida, à análise dos objectivos. Por forma a facilitar a leitura deste texto, esclareço que todas as competências enunciadas em cada objectivo constam do REGULAMENTO GERAL UCP (UCP-ICS/ESPS, 2009).

Prestar cuidados como enfermeiro especialista médico-cirúrgica a doentes de médio e alto risco, de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais preconizados

Na concretização do objectivo, dado o estágio ter sido desenvolvido em contexto de trabalho, considero-me menos analítica, mais sintética e mais intuitiva, sendo que estou mais apta a utilizar a criatividade para resolver problemas de cuidados. Este aspecto, segundo BENNER (2001) enquadra-se no 5º estágio da aquisição de competências, enquanto fenómeno evolutivo: Perita. Assim, a autora supracitada, afirma que

“a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (...) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num leque de soluções e de diagnósticos estéreis”(BENNER, 2001, p.52).

Porém, no processo de antecipação, preparação deste estágio e aquando a construção do meu projecto de estágio, pensei que iria desde logo sentir uma dificuldade: ser enfermeira a executar funções no serviço e estar agora num novo papel – aluna da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, a realizar o estágio em contexto de trabalho. Isto porque, ser aluna na especialidade é um papel diferente, pois já tenho algum percurso realizado na profissão, e por outro lado, estou no estágio para desenvolver e adquirir novas competências. Em contrapartida ao meu pensar, em vez deste aspecto ser uma dificuldade, revelou-se na sua continuidade, um marco importante no meu desempenho neste estágio. Considero que o facto do momento de integração estar ultrapassado e o conhecimento da organização e dinâmica do serviço ser conhecida, foi impulsionador da implementação de estratégias e actividades enriquecedoras para mim como enfermeira e penso que para o serviço, no sentido do papel do enfermeiro autónomo, no cuidar com o cliente e família, no seio da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar. Isto porque, *“cuidar é uma arte, é a arte do*

terapeuta, aquela que consegue combinar elementos de conhecimento, destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (HESBEEN, 2000, p.37).

Realço, também aqui, a Autonomia do enfermeiro e refiro-me ao artigo 4º, do REPE: *“4. Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.”* (Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, p.2960). No decretado no artigo 9º - intervenções dos enfermeiros, determina quais são as intervenções dos enfermeiros. Assim: *“1. As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes. 2. Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”.* (idem, p.2961). Tornou-se possível, então, neste estágio desenvolver intervenções autónomas cuja única e exclusiva iniciativa e responsabilidade que me foram inerentes, possibilitando-me a identificação de áreas de intervenção em enfermagem distintas e operacionais.

Na prestação de cuidados, nesta unidade singular há uma particularidade que gostaria de realçar: os doentes (que são pessoas e cidadãos independentemente da sua situação de doença), estão ventilados, numa situação de cronicidade e residentes em meio hospitalar. Não podem agir em seu próprio benefício. Apresentam dependência física total de terceiros. Em dois dos doentes crónicos ventilados internados na UCDCV, há um aspecto que sobressaiu e no qual eu ainda não tinha reflectido – promover a autonomia de um cliente crónico que se consegue expressar (verbal ou gestualmente), consciente dos seus actos, mas que não têm fisicamente capacidade de realização desse fim. Na minha prestação de cuidados com o cliente crónico ventilado, no respeito pelo direito à autodeterminação, promover a autonomia de decisão da pessoa, favorecendo a proximidade e indo ao encontro das suas necessidades e desejos pessoais através da compreensão empática. Entende-se por dever de informação, no respeito pelo direito à autodeterminação, em que o enfermeiro assume o dever de:

“a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em

matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro – artigo 84º).

Neste sentido, considero que foi importante identificar a emoção que o cliente está a viver, formulando, por exemplo, questões abertas como: “o que é que posso fazer por si?”. Também, no respeito pela sua individualidade, proporcionei momentos em que fui ao email da pessoa crónica ventilada (a seu pedido), permitindo a sua interacção com familiares e amigos ou em coisas simples como pedir à esposa de um cliente internado para trazer o “arroz doce” que era a sobremesa que lhe apetecia para o jantar. Aqui, também os princípios de bioética intervêm para proteger esta relação:

“O primeiro princípio evocado é o de autonomia: o doente tem a sua autonomia e esta deve ser respeitada (...) pode ser entendido como a expressão de um pacto baseado na confiança recíproca. É então que a autonomia do doente será respeitada integralmente, sem que o próprio prestador de cuidados tenha de abdicar da sua própria autonomia, a qual, não o esqueçamos, se situa a um nível diferente da do paciente, em função da competência profissional e da sua posição superior no desnivelamento da relação” (RENAUD, 2010, p.9)

Ao reflectir sobre o cuidar com o cliente ventilado crónico institucionalizado em meio hospitalar faz-me retratar uma situação vivenciada em estágio. Tratou-se de um momento em que a mãe de um rapaz internado na referida unidade há mais de 6 anos, ficou ansiosa e extremamente preocupada com a situação clínica do filho, por desadaptação ventilatória. A mãe que acompanha o filho por grandes períodos do dia apercebeu-se de toda esta situação, pelo que se tornou difícil a comunicação e a interacção com esta. Procurei intervir eficazmente com o rapaz, valorizando a Vida, mas também pela consciência de que seria a primeira forma de ajudar a mãe. Sentei-me junto à mãe e mantendo contacto visual para lhe mostrar o meu interesse e a minha vontade de escutar. Procurei ter uma expressão facial aberta e tocar de forma respeitosa dando espaço para que a mãe exprimisse os seus sentimentos. Tal como afirma PHANEUF (2005, p.25), *“a influência da enfermeira manifesta-se em segundo lugar quando ela tira partido desta relação de confiança a fim de se aproximar psicologicamente da pessoa, para a ajudar a tomar consciência das suas dificuldades e a aceitá-las, depois de motivá-la a mudar de atitude e a encontrar os meios de o fazer”*. Foi importante, também a desenvolver em conjunto com a mãe actividades que proporcionassem conforto e bem-estar ao filho, como fazer o levante para o cadeirão, ao

“colo” da mãe, os cuidados de higiene e massagem serem prestados pela mãe sob supervisão, colocar uma música ou um filme para os dois.

Em turnos posteriores ao sucedido, foi importante afirmar a confiança e veracidade na relação com a mãe de maneira a proporcionar que a mãe ficasse ausente no fim-de-semana para ir à aldeia com o marido, garantindo a possibilidade de telefonar sempre que quisesse. Isto porque a ausência da mãe de um dia, da instituição é rara e só é possível mediante esta interação de confiança. Portanto, para a mãe, confrontada directamente com estímulos do ambiente, foram cruciais os mecanismos de adaptação (reguladores e cognitivos). Referindo CALLISTA ROY, o ambiente em mudança estimula a pessoa a dar respostas de adaptação. Integrada na Escola dos Resultados, esta teórica formula o Modelo de Adaptação, onde a pessoa é vista como um sistema e a sua adaptação depende do nível do mesmo e dos estímulos a que está exposta (TOMEY E ALLIGOOD 2004, p. 307).

Face ao exposto e remetendo-me ao Saber Ser (Dias, 2004), considero que desenvolvi as competências: **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na minha área de especialização, abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente área de Especialização Médico-Cirúrgica e reflectir na e sobre a minha prática, de forma crítica.**

No âmbito da infecção associada aos cuidados de saúde creio que agi reflectindo acerca dos cuidados prestados, tentando mobilizar conhecimentos adquiridos, construir e procurar ferramentas de pesquisa para a sua fundamentação, no desenvolvimento do meu Saber, Saber Aprender, Saber Fazer no sentido do Saber Transformar (Dias, 2004). Entende-se por infecção associada aos cuidados de saúde o *“Conceito alargado de infecção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários)”* (COSTA, SILVA, NORIEGA, 2008, p.5).

Exemplifico com uma situação de notificação em relação a procedimentos de esterilização referente a um kit de cateterismo, que não se encontrava nas devidas condições para a sua utilização. Esta situação decorreu decerto por estar mais desperta para estes acontecimentos, dados os conhecimentos actualizados que adquiri no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica. Creio que **reflecti na e sobre a minha prática, de forma crítica**. Aproveitei as passagens de turno para alertar os colegas da ocorrência para prevenirem estes acontecimentos no futuro, de forma a **promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e exercer supervisão do exercício profissional na minha área de especialização**.

Desenvolver competências no âmbito da formação, de forma a basear a prática numa sólida, inovadora e válida fundamentação científica, tendo em consideração a segurança dos cuidados

O processo de diagnóstico das necessidades, selecção e organização de estratégias de formação, execução e avaliação, para além das necessidades sentidas na minha prática de cuidados, foram facilitadas por dados estatísticos disponibilizados pelo grupo de trabalho – Subcomissão de Feridas do HCC, o que forneceu dados que justificam a necessidade de abordagem da temática – Viabilidade Tecidular e Opções Terapêuticas na Úlcera de Pressão, em contexto de formação em serviço. A UCI tem uma das maiores taxas de prevalência e incidência da úlcera de pressão em relação aos outros serviços no hospital. Há a clarificar, que apesar da adesão à formação em serviço ser de apenas 20% (SOUSA, 2010), foi considerado que a estratégia da acção de formação formal permitiria uma maior dinamização de discussão e partilha de conhecimentos, sendo por isso uma das estratégias utilizadas para a concretização deste objectivo na temática delineada. Isto porque, a formação em prol das necessidades de formação dos formandos é de certo proporcionador de revisão de conceitos, actualização de conhecimentos mediante o estado da arte o que conduzirá indirectamente à melhoria da prestação de cuidados pela mobilização dos conhecimentos teóricos na prática dos cuidados. Também, para COLLIÈRE (1989, p.263) a formação “*desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes*”. Procedi, portanto,

primeiramente à elaboração do plano de acção da formação (ANEXO I), tendo em consideração o grupo alvo de formandos e todas as condições associadas: o dia, hora, local e meios mais apropriados à formação, tendo sido estrategicamente programados. À posteriori foi elaborado um convite (ANEXO II) aos colegas, como meio de divulgação e participação na sessão. Depois, construí a sessão de formação em power point (ANEXO III), dada a estratégia da utilização de uma metodologia expositiva e interactiva. Durante o decorrer da mesma, tentei inovar, disponibilizando os materiais disponíveis no HCC e dando a conhecer outras possibilidades de materiais, através de um dossier alusivo ao tema que ficou no serviço em virtude de puder ser útil noutras formações ou para consulta. A construção deste dossier foi possível dada a articulação com a farmácia do HCC, pela indagação dos materiais existentes. O recurso a casos práticos foi uma outra estratégia enriquecedora, na medida em que permitiu o confronto de diferentes perspectivas e abordagens.

Para a avaliação da sessão de formação foi utilizado o instrumento de avaliação do Centro de Formação do HCC (ANEXO IV). Após a aplicação deste instrumento de avaliação foram trabalhados os dados através da estatística descritiva (ANEXO V). Saliento, pois alguns resultados, mais significativos, que possam transparecer a avaliação dos formandos face à formação realizada. Assim, como aspectos mais positivos, referido pelos formandos, destaca-se a utilidade da formação para a prestação de cuidados e a necessidade de saber mais sobre esta matéria. Como contributos desta acção de formação realça-se a actualização e aquisição de novos conhecimentos, a apresentação de novas directrizes, partilha de experiências e discussão de casos práticos. Relembro que a taxa de adesão à formação em serviço era de 20% e na acção de formação que desenvolvi a taxa de adesão foi de 40%. Com estes resultados e da minha vivência como formadora tenho a referir que foi bastante gratificante pela partilha de experiências e a aquisição e aprofundamento de conhecimentos, que se tornou possível pela planificação, execução e avaliação da sessão de formação com os colegas da equipa de enfermagem. Penso ser sempre válida a partilha e discussão de ideias e atitudes no sentido da melhoria dos cuidados.

Também como forma de divulgação da acção de formação decorrida e para que todos (profissionais e outros alunos) tenham a ela acesso, foi elaborado um dossier e um póster “Opções Terapêuticas na Úlcera de Pressão” (ANEXO VI). Este dossier

comporta a explanação do assunto estudado, com artigos científicos e guidelines actuais de importante destaque. O póster foi criado para sistematização de conceitos, guidelines e indicações internacionais, e colocado estrategicamente, nos carros de pensos e no espaço físico da unidade. A registar que a elaboração do poster decorreu em articulação e autorização informal da Subcomissão de Feridas do HCC. A finalidade da construção deste póster alusivo ao tema abordado esteve relacionada com a acessibilidade da informação para consulta rápida aquando a prestação de cuidados.

Neste sentido, senti-me capaz de **Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico a enfermeiros, Comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação para audiências especializadas e participar e promover a formação em serviço na minha área de especialização.** Também, de forma indirecta, creio que consegui **Colaborar na integração de novos profissionais.**

Saliento o facto de, nesta fase da minha vida profissional, cada vez dar mais importância ao conhecimento – Saber (Dias, 2004), como valor fundamental à prática dos cuidados especializados ao doente e família. Isto porque, a pesquisa e a crítica construtiva levam-nos no caminho da qualidade dos cuidados. Neste sentido e decorrente da minha pesquisa para a concretização da acção de formação, constatei que é preconizado, actualmente, uma prática da avaliação do risco da úlcera de pressão através da escala de Braden mais espaçada temporalmente na pessoa crónica. Pelo que pedi parecer à Subcomissão de feridas do HCC (ANEXO VII), no sentido da optimização e adequação à realidade dos doentes crónicos ventilados. Um aspecto extremamente positivo, foi a Subcomissão de Feridas ter aderido e estimulado a incrementar a aplicação o quanto antes, o que mostra uma receptividade por parte dos elementos da equipa (em nome da Enf^a da Subcomissão de Feridas do HCC) a novas ideias e estratégias inovadoras à aplicabilidade e monitorização da úlcera de pressão no hospital.

A divulgação desta alteração à monitorização da úlcera de pressão no doente ventilado crónico foi concretizada na prática dos cuidados pelo estabelecimento de informação entre o elo de ligação da Subcomissão de Feridas do HCC da UCI e cada elemento da equipa de enfermagem. A decisão da divulgação ser através do elo de ligação foi fundamentada por este elemento ser impulsor de actualizações e recomendações para a prática neste campo. Rentabilizei o momento de divulgação de uma actualização

informática - uma nova intervenção de enfermagem em linguagem CIPE, inserida na SAPE, para monitorização da úlcera de pressão através da escala de Braden - em simultâneo com a actualização desta intervenção nas pessoas ventiladas crónicas. Pondero que desta forma consegui **Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências e Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

Contribuir para a uniformização de condutas pelos profissionais mediante a administração de nutrição entérica ao doente de médio e alto risco

A par do desenvolvimento das minhas competências na área da nutrição e no sentido da continuidade da prática baseada na evidência foi realizado e publicado um estudo da UCI do HCC por ALVES e JOSÉ (2009, p.140). Estudo este, designado por “Nutrição entérica nos doentes ventilados em cuidados intensivos: que complicações?” e em que se conclui que: *“Os doentes em estado crítico sob ventilação mecânica invasiva não recebem a totalidade da alimentação entérica prescrita, mesmo com o protocolo instituído”*. As conclusões deste estudo foram decisivas para a fundamentação da área da Nutrição Entérica no sentido de aprofundar e desenvolver competências neste estágio, através do Saber, Saber Aprender e Saber Fazer (Dias, 2009). Assim, mediante as conclusões do estudo e por já existir um protocolo de nutrição entérica, tornou-se evidente a alteração à prática de administração de nutrição entérica através da reformulação do protocolo. Este protocolo (ANEXO VIII) foi construído para toda a pessoa de médio e alto risco que necessite e tenha condições clínicas para o início da nutrição entérica, desde a pessoa ventilada em fase crónica à fase aguda. Entenda-se nutrição entérica como: *“o processo de dar nutrientes na forma líquida através de um tubo inserido no trato gastrointestinal”* (MARTINS, 2002). A sua construção envolveu trabalho da equipa multidisciplinar, requereu actualização internacional de guidelines e a comparação com outras experiências de implementação de protocolos noutras unidades de cuidados intensivos em Portugal, bem como uma actualização no 1º Curso de Nutrição Artificial no Hospital de Santo António no Porto, que decorreu de 20 a 22

de Setembro de 2010 (ANEXO IX). Este curso tornou-se pertinente pelo conhecimento acerca da implementação de outros protocolos de nutrição entérica em outros contextos e actualização na área estudada. Destaco, também, o trabalho realizado de cariz multidisciplinar, em que realizei reuniões de trabalho, cuja ordem de trabalhos, se encontra em (ANEXO X). Estas reuniões permitiram-me a validação do protocolo bem como a prescrição terapêutica que ficou protocolada. O protocolo foi aprovado para implementação, pela Enf^ª Chefe e pelo Director Clínico da UCI do HCC.

Iniciei o processo de implementação do protocolo pela divulgação. Na reunião clínica, fiz a divulgação e justificação da sua pertinência, para que o processo de prescrição e avaliação médica nutricional, também se faça o melhor possível e em articulação com a equipa de enfermagem. Sendo que a divulgação na equipa de enfermagem foi à posteriori, e teve início na reunião de chefes de equipa, na tentativa de incluí-los no processo de tomada de decisão.

Por condicionantes de timing de estágio e aspectos relacionados com os recursos materiais no que se refere à disponibilidade, em quantidade, de fórmulas entéricas específicas (existentes no HCC), a implementação na prática dos cuidados nutricionais, através deste protocolo de administração de nutrição entérica, iniciou-se no fim do estágio e vai ser continuado em contexto profissional.

Neste percurso tenho ainda um grande desafio a cumprir – tentar integrar esta tomada de decisão na prática de cuidados nutricionais ao doente internado na UCI, ou seja, que cada elemento da equipa enfermagem e médica da UCI implemente o novo protocolo. Saliento o facto de considerar o protocolo uma ferramenta útil na prestação de cuidados nutricionais à pessoa de médio e alto risco, consciente de que por si só é incompleto, por ser necessária a individualização destes cuidados à pessoa em questão. Mas, em complementaridade, é um instrumento útil para uniformização de procedimentos e condutas dos enfermeiros e outros profissionais. Concorde, portanto com a afirmação de BENNER (2001, p.179) *“Os protocolos, directivas visando obter cuidados de qualidade podem ao mesmo tempo ir ao encontro da noção de individualização dos cuidados”*.

Estes trabalhos proporcionaram-me **Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, Realizar a gestão dos**

cuidados na minha área de especialização e Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na minha área de especialização.

1.1.2 – Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz

O estágio no AMP (Módulo I – Serviços de Urgência) decorreu no período temporal de 22 de Novembro 2010 a 28 de Janeiro de 2011.

O AMP encontra-se fisicamente no piso 0 do Hospital da Luz, com acesso directo do exterior, dispondo de duas entradas: uma coberta para clientes transportados em ambulância ou similar; outra para clientes que se deslocam pelos seus próprios meios. Está estruturado e equipado para prestar cuidados de saúde a adultos e crianças, dispondo de um conjunto de serviços clínicos diferenciados, de recursos humanos especializados e de meios necessários para dar resposta a situações de carácter Emergente, Urgente e Não Urgente. As áreas são individualizadas, existindo zonas comuns. Tem acesso directo ao Bloco Operatório e UCI e à Imagiologia e estão definidos circuitos independentes e encontra-se abaixo discriminados:

- Área do adulto dispõe de: sala de espera, 3 gabinetes médicos, sendo um deles com acesso directo a uma das salas de tratamento, sala de observações com seis unidades de doente, sendo uma delas de isolamento;
- Área da criança dispõe de: sala de espera, 4 gabinetes médicos, sala de tratamentos, sala de triagem, sala de observação com quatro unidades de doente pediátrico, sendo duas de isolamento;
- São áreas comuns: sala de reanimação, sala de pequena cirurgia, sala de gessos, sala de tratamentos, sala de espera III.

Em termos de recursos humanos, é constituída por equipa médica, assistentes operacionais, enfermeiros liderados por uma Enfermeira Coordenadora. A equipa de enfermagem é composta por 40 enfermeiros que estão distribuídos em 6 equipas, cada uma com 1 chefe de equipa.

Decorrentes da minha experiência em estágio, as patologias mais frequentes foram: insuficiência respiratória global ou parcial, DPOC agudizada, doenças infecciosas do foro respiratório, insuficiência cardíaca, enfarte agudo miocárdio, edema agudo do pulmão, acidentes vasculares cerebrais.

O hospital está concebido como uma Unidade de Saúde “sem papel”, em que a informação clínica é gerida pelo sistema de informação Soarian™ Enterprise, que permite uma operacionalização eficaz da informação, disponibilizando a informação a todos os utilizadores em tempo real e que eventualmente possam ser dados trabalhados em informação e conhecimento, no sentido da visibilidade social do exercício profissional. Neste sentido, PEREIRA (2009, p.7) salienta que “o Sector Healthcare da Siemens SA tem promovido uma estratégia de contacto e parceria com a Comunidade Académica e Científica em Portugal, no sentido da criação de uma rede de conhecimento e parcerias estratégicas que potenciem a inovação, a investigação e o desenvolvimento na área da Saúde”.

Ao longo de todo o estágio houve pontos que se revelaram fulcrais, no meu sentir, sobre os quais sinto necessidade de analisar. Foram eles a integração no campo de estágio, a interacção com os enfermeiros/equipa multidisciplinar, a prestação de cuidados e a uniformização de condutas. À partida as minhas expectativas eram muitas, em prol das novas exigências sentidas: o contexto de urgência e o contexto organizacional e estrutural de instituição de saúde privada; que são por si só requisitos que me impõem o aprofundamento de novos conhecimentos e consequentemente a aquisição e desenvolvimento de novas competências. Estas expectativas estavam muito centradas em como seria a dinâmica da urgência no confronto com as necessidades específicas das pessoas e família, que se foram dissipando à medida que fui interagindo com a equipa multiprofissional e o alvo da prestação de cuidados. Um outro factor importante foi a apresentação do espaço físico do serviço, bem como a relação estabelecida com a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar que sempre se mostraram disponíveis e participativos no meu processo de aprendizagem.

Prestar cuidados como enfermeiro especialista médico-cirúrgica a doentes de médio e alto risco, de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais preconizados

Considero que para a sustentação do meu percurso de aprendizagem neste contexto foi fundamental a fase de integração. A integração permitiu-me conhecer as particularidades do serviço: organizacionais, estruturais e funcionais da operacionalização do cuidar ao cliente e família. Esta percepção possibilitou-me fazer o levantamento dos recursos existentes para adequar a minha intervenção às necessidades sentidas pelo cliente e família de médio e alto risco.

A dinamização da triagem com as várias valências do serviço e o funcionamento da plataforma Soarian®, foi essencial para compreender a dinâmica orgânico-funcional da prestação de cuidados ao cliente e o seu circuito na área do adulto, por forma a concretizar um atendimento personalizado ao cliente e família. A minha passagem pela triagem foi pontual mas importante. Como não tinha experiência nesta área, procurei conhecer a dinâmica da triagem, tentando rentabilizar a minha experiência profissional mas não de forma autónoma. Considero que o estabelecimento do diagnóstico da situação através da colheita de dados, de forma breve e assertiva, para encaminhar adequadamente o cliente mediante a necessidade de intervenção, foi um aspecto relevante. Simultaneamente a este processo, dei elevada importância ao relacionamento que é possível estabelecer, no sentido da maior satisfação do cliente. Segundo BENNER (2001, p.48), considero que me enquadro no nível 3 – Competente, dado que existe um sentimento de capacidade para lidar e gerir os fenómenos clínicos de enfermagem, porém, não tinha a rapidez e flexibilidade necessárias, ou seja, *“a planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização”*. Por um lado permite avaliar em que medida se deve atribuir um determinado “grau” de urgência, e por outro é a primeira imagem do que pode influenciar a postura e satisfação do cliente. Concordo com a opinião de NETO, et al (2003, p.218) ao referir que o enfermeiro na urgência

“necessita de determinadas características, que não têm só a ver com o grau de conhecimentos que possa ter, mas também com a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes reflectem risco de vida para o utente. Cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar em vez

de discursar, compreender e reformular nos momentos oportunos aquilo que o utente verbaliza ou transmite”.

Assumo que consegui, através do Saber Aprender e do Saber (Dias, 2004), **Manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.**

A minha intervenção na sala de tratamentos foi temporária, dada a minha finalidade ser mais direccionada ao cliente de médio e alto risco. O meu interesse em intervir nesta sala baseou-se no conhecimento da dinâmica do serviço e possibilitou-me, entre outros aspectos, conhecer e interpretar o sistema operativo do processo clínico, cumprir prescrições interdependentes, articular com outros serviços do HL. Considero que esta didáctica foi uma base importante para **Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**, no decorrer do meu estágio.

Logo, dados os meus objectivos, a maior parte do tempo deste ensino clínico, decorreu no SO, o que me permitiu articular com outros serviços do hospital, nomeadamente em transferências e elaboração de registos e passagem de ocorrências para: Laboratório de Hemodinâmica, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intermédios e Serviços de Internamento. Elaborei registos de enfermagem, notas de turno e intervenções autónomas segundo a linguagem CIPE®, procurando dar visibilidade à nossa actuação testemunhando a prestação de cuidados efectuada.

A imprevisibilidade da prestação de cuidados no SO implica uma tomada de decisão assertiva e determinada mediante cada caso. Relato um caso de uma cliente que deu entrada no SO vinda da consulta médica. A médica entra no SO dizendo que era uma situação urgente de uma FA com resposta ventricular rápida e que se deveria administrar já a impregnação de amiodarona (prescrição oral). De seguida entra calmamente a cliente, a caminhar pelo seu pé e com as suas malas na mão. Dirigo-me e apresento-me à cliente, auxiliando-a com as malas e ajudando a deitar no leito para repouso e monitorização cardíaca. Simultaneamente dialogando com a cliente, colho alguns dados e verifico que a cliente tem como antecedentes pessoais uma FA controlada com amiodarona per os. Constato, também que a cliente apresenta uma FA com resposta controlada entre 90-110ppm, pelo que comunico à médica. É, também, realizado ECG, pela técnica de electrocardiografia. Documento-me do suporte em papel

do exame, analiso o traçado e comunico à médica, que observa novamente a cliente e manteve a prescrição, concordando-se em administrar apenas a dose de impregnação e manter uma monitorização cardíaca atenta e vigilância parâmetros vitais sistemática. Da análise ao meu comportamento e intervenção saliento a capacidade de interação em trabalho de equipa com a médica e com a pessoa em situação, onde penso ter tido impacto na melhoria da sua saúde.

Desta forma, consegui **Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada, Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei, bem como Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização.**

Numa outra circunstância, ocorreu um caso de uma cliente grávida com suspeita de gripe A – H1N1, acompanhada pelos familiares próximos, que dada a situação se encontravam todos ansiosos. Perante a suspeita patológica foi necessário tomar todas as precauções emitidas pela Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar do HL, e encaminhar a cliente ao quarto de isolamento 6 no SO. Neste percurso, foi-me possível interagir com a cliente, cumprindo a avaliação inicial com a colheita de dados e simultaneamente gerir o auto-controlo da sua ansiedade: apresentei-me e tentei manifestar o respeito profundo pelo que a cliente vive naquele momento presente, acreditando no seu potencial como pessoa capaz. Referindo, por exemplo: “Estou verdadeiramente tocada por aquilo que está a viver agora...asseguro-a de que farei tudo o que estiver ao meu alcance para que consiga encontrar as soluções que lhe sejam as mais aceitáveis”. A cliente vivência uma situação de stress intenso causado pelos inconvenientes devido aos tratamentos invasivos e pelo medo face ao bem-estar do seu filho em gestação. Fiquei centrada na pessoa e nas suas emoções, pretendendo que a cliente se sentisse escutada e entendida: a seguir à sua narração traumática, respondi-lhe: “Deve ser um medo terrível!” (...) “Colocando-me no seu lugar, como isso deve ser difícil de suportar”. Tentei atenuar através da empatia e a comunicação de esperança, pois era apenas uma situação de suspeita. Também LAZURE (1994, p.197) *“a relação de ajuda é o eixo no qual gravita o conjunto dos cuidados de enfermagem. Uma enfermeira não se pode contentar em aplicar técnicas, de forma automática, junto dos*

seus clientes, sem ter, de imediato um sentimento de alienação...Portanto, os cuidados prestados pela enfermeira devem encontrar um ponto de apoio sólido em todas as dimensões da relação de ajuda". Apesar de ser uma grávida – jovem e autónoma nas suas actividades de vida diária, face à sua situação clínica e por estar febril e cansada, o momento de intervenção com a grávida na actividade de mudança da cama e roupa de vestir por se encontrarem transpiradas, tornou-se propício o estabelecimento de laços de confiança. Assim, por diminuição da vontade por parte da grávida, a minha intervenção direccionou-se à satisfação de algumas necessidades humanas básicas. Na perspectiva da independência na satisfação das necessidades humanas básicas, as intervenções e habilidades-chave são as actividades que o cliente "(...) *executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários*", ajudando-os a serem mais independentes, tão rápido quanto possível, durante e após o seu internamento (HENDERSON citada por TOMEY E ALLIGOOD, 2004, p.114).

A minha intervenção, como enfermeira especialista, de suporte à família teve como intuito levar ao apoio emotivo aos próximos da cliente grávida, convidando o esposo a participar nos cuidados e através da comunicação de informações, adaptá-lo ao problema de saúde, no respeito pela sua dignidade e liberdade. Intervi com o esposo dizendo-lhe: "gostaria de colocar um pouco de creme nas costas da sua esposa?...ela e o bebé irão ficar muito mais confortáveis!". Neste sentido acredito, pois, que a intervenção autónoma e interdependente do enfermeiro, considerando-se a si e à pessoa – alvo dos cuidados, individuo com direitos e deveres formalizados na Constituição da República Portuguesa se direcciona aos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: "*A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática*" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001 p.10) e "*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes*" (id., 2001, p.11). Sublinho a reflexão de DEODATO (2004, p.29), em que:

"A excelência do cuidar depende das decisões que se tomam, porventura mais do que as normas que se cumprem, até porque, como já vimos, estas normas de qualidade só serão excelentes, se adequadas para a pessoa em concreto. E o processo de tomada de decisão, tendo em conta a procura da excelência, implica uma reflexão ética e deontológica adequada, à luz dos princípios e deveres estabelecidos (nomeadamente no Código Deontológico), e também fundamentada nos valores pessoais e profissionais".

Considero ter sido importante, também, a relação estabelecida com os familiares no sentido da restrição das visitas até confirmação ou não da patologia dados os riscos inerentes, através da informação das normas necessárias perante a transmissão do vírus em causa, que foi bem recebido pelos familiares, cumprindo desde então as normas estabelecidas. No decorrer destes cuidados e provavelmente pela distância temporal do último surto de gripe A, detectei que alguns profissionais apresentavam algumas lacunas no que diz respeito aos procedimentos de actuação em caso de suspeita desta patologia. Integrado na prestação de cuidados, tentei reformular condutas assim como valorizá-las e integrá-las nas directrizes emanadas pela Comissão de Controlo da Infecção do HL.

Neste sentido, parece-me ter conseguido **Zelar pelos cuidados prestados, Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família e Exercer supervisão do exercício profissional, na minha área de especialização.**

Gostaria ainda de espelhar uma outra situação que me fez reflectir acerca da nossa finitude como ser humano e principalmente na minha intervenção enquanto Enfermeiro Especialista. Foi uma situação de um cliente de 49 anos de idade, com antecedentes de tabagismo acentuado e sem outras patologias conhecidas, que recorreu ao AMP por edema da face acentuada. Após os exames auxiliares de diagnóstico e análises clínicas, constatou-se o diagnóstico de neoplasia do pulmão em avançado grau de malignidade. Neste momento foi discutido comigo, com a enfermeira orientadora e com o médico como deveríamos proceder para transmitir esta má notícia. Decorrente da minha formação no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem em Fim de Vida, propus a abordagem ao cliente segundo o protocolo de SPIKES (BAILES, 2000). Ficou decidido que eu e o médico estaríamos presentes, tendo sido o médico que deu a conhecer o diagnóstico ao cliente e saiu. Por motivos que me são alheios, apenas foi possível cumprir as duas últimas etapas do referido protocolo: 5ª etapa – responder às reacções dos doentes (Empathizing); 6ª etapa – planear e acompanhar (Strategy). Assim, com palavras de compreensão permiti ao cliente abertura e espontaneidade, através por exemplo de afirmações: “Conte o que entendeu do que lhe foi dito...”. O cliente percepcionou a gravidade da sua situação clínica e mostrei disponibilidade: “O que é que precisa de saber... Que dúvidas tem?”. Detectei que haviam muitas dúvidas, mas

que aquela que o cliente queria saber a resposta era acerca do processo de administração da quimioterapia e das principais complicações adjuvantes. Com linguagem simples, pronuncia calma, num ambiente acolhedor e tranquilo, sem pressas, mantendo a confiança e honestidade. Realizei questões exploratórias como “pode-me dizer como está preocupado?”, e validando as respostas “eu consigo perceber como se sente dessa maneira”. Isto porque, *“é implicando-se, partilhando com ele as suas inquietações ou impressões pessoais, que a enfermeira pode facilitar a receptividade do cliente a uma confrontação que vise uma tomada de consciência que o ajude”* (LAZURE, (1994, p.179). Referiu-me que o seu principal medo era a dor e a morte. Informei que neoplasia/cancro não é necessariamente sinónimo de morte. Foi disponibilizado contacto do serviço para o que necessitasse.

A minha intervenção no processo da transmissão de más notícias passou pela tranquilização do cliente face à gravidade da sua situação clínica, como também sobre a sua responsabilidade face a estas dificuldades, encorajando-o a aceitar a sua condição bem como a arranjar estratégias para respostas positivas alternativas. Neste momento de partilha e de relações interpessoais com o cliente, tive como intuito pôr em prática a noção de crescimento pessoal *“que é compartilhado pela enfermeira e pelo paciente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar”* (ALMEIDA, et al. 2005, p. 206), baseado na teoria de HIDDEGARD PEPLAU, inserida na Escola da Interação.

Esta vivência foi uma experiência difícil para mim pelos sentimentos envolvidos e pela gestão das reacções do cliente. Revelou-se muito importante trabalhar com o cliente a última etapa do protocolo de SPIKES, pela estratégia encontrada de encaminhamento do cliente para o Instituto Português de Oncologia, disponibilizando o processo clínico e exames efectuados. Além disso, consegui promover a participação do enfermeiro neste processo de transmissão de má notícia, prática que não se verificava no AMP do HL. Tenho a focar que apesar de não se terem cumprido todas as etapas do protocolo de SPIKES, foi importante todo o processo desenvolvido através das duas últimas etapas, em prol do cliente, dado permitir obter informação do mesmo, transmitir a informação médica, providenciar suporte e promover a colaboração do cliente no desenvolvimento de estratégias e tratamentos no futuro (BAILES, et al. 2000, p.1).

Penso que através desta minha intervenção com o cliente consegui, **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada e Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

Saliento uma particularidade do AMP do HL na prestação de cuidados: a interacção entre enfermeiro e cliente/família que é possível estabelecer, humanizando os cuidados de enfermagem. Na intervenção com a pessoa e família há sempre um dar e receber que se prenuncia como uma experiência humana significativa, mesmo em situação de urgência. É mediante esta situação que me reporto a HESBEEN, (2004, p.13), “(...) considero, ainda hoje, a própria essência da profissão: ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que esta se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo”. E partilho da opinião de VIEIRA (2009, p.88):

“os enfermeiros desenvolvem com as pessoas uma relação interpessoal, que se desenvolve num processo intersubjectivo de partilha do que há de mais íntimo na experiência da vulnerabilidade individual (...) Por tudo isto se descobre a parceria implícita no cuidado de enfermagem, que só acontece no reconhecimento da autonomia e das capacidades da pessoa, promovendo a participação das pessoas significativas, na prossecução do seu projecto de saúde”.

Para além da prestação de cuidados aos clientes e família, tive, também a oportunidade de colaborar em termos da gestão do serviço, no que se refere à reposição de stocks no SO e na Sala de Tratamentos, conferir terapêutica e o registo de estupefacientes. Colaborei com a Enf^ª Chefe na gestão dos Stocks da medicação e com a Enf^ª Chefe de Equipa no empréstimo de material, por exemplo no pedido de camas ou outros.

Contribuir para a uniformização de condutas pelos profissionais mediante a administração de nutrição entérica ao doente de médio e alto risco.

Desde o início do estágio procurei realizar um diagnóstico de situação direccionada às necessidades formativas do serviço, fundamentalmente da equipa de enfermagem, pois já vários profissionais da especialidade tinham deixado o seu contributo e o HL tem a particularidade de ser institucionalmente organizado no que se refere a normas e

procedimentos da prestação de cuidados. Também, por circunstâncias inerentes ao serviço não foi possível realizar questionário ou outra metodologia científica que fundamentasse a minha actuação, em termos de diagnóstico de situação face às necessidades formativas do AMP. Assim, por forma a ultrapassar esta dificuldade, adoptei uma estratégia de observação atenta da prestação de cuidados pelos enfermeiros da equipa e contacto informal com todos os chefes de equipa de enfermagem, inquirindo acerca da temática que achassem pertinente a ser trabalhada e actualizada para o interesse da mesma.

Logo nas primeiras semanas de estágio foi possível, também, concretizar uma entrevista com a Enf^a - membro da Comissão de Nutrição Artificial do HL - e acrescido a isto, na prestação de cuidados detectei uma situação problema, que conduziram à clarificação do diagnóstico de situação – a necessidade de trabalhar a área da nutrição entérica. Consegui, assim, **Identificar as necessidades formativas na minha área de especialização.**

Em relação à minha contribuição para a uniformização de condutas pelos profissionais mediante a administração de nutrição entérica ao doente de médio e alto risco, tenho a referir que procurei conhecer da realidade macroscópica para a realidade microscópica, por forma a que a minha intervenção fosse direccionada às necessidades dos enfermeiros do AMP.

Em termos macroscópicos, optei por concretizar uma entrevista à enfermeira da Comissão da Nutrição Artificial, que teve a amabilidade de contribuir com a sua experiência na minha formação, enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Esta entrevista teve como objectivos: Identificar a forma como o entrevistado caracteriza o seu papel no seio de uma equipa multiprofissional em virtude aos cuidados nutricionais artificiais ao cliente/família internado ou de ambulatório e caracterizar, na perspectiva do entrevistado, o levantamento de necessidades, planeamento de estratégias, sua implementação e avaliação dos cuidados nutricionais artificiais prestados ao cliente/família internado ou de ambulatório. Fiz um Guião para a Entrevista, de forma a facilitar o desenrolar da mesma (ANEXO XI) e depois desta, baseada nas anotações que fiz e no que memorizei do momento vivenciado (dado que a Enf^a não autorizou a gravação da entrevista), reconstruí de forma escrita a entrevista em

suporte de papel e analisei (ANEXO XII). Resolvi, então, tecer uma análise da entrevista que coloco em anexo (ANEXO XIII). Considero que esta entrevista, de âmbito informal, trouxe grandes contributos na minha visão macro da gestão e organização de uma comissão de nutrição artificial e influenciou a minha decisão da escolha da área formativa.

Esta entrevista proporcionou-me conhecer a articulação com os enfermeiros e clientes na prestação de cuidados nutricionais entéricos e o trabalho da equipa multidisciplinar da comissão. Porém, em meu entender há ainda muito trabalho a fazer em termos do desenvolvimento autónomo do enfermeiro nesta equipa, no que se refere por exemplo ao acompanhamento sistemático da monitorização da administração da nutrição entérica em cada serviço do HL, bem como ao estabelecimento de directrizes protocoladas para a instituição da mesma ao cliente, por forma a standartizar alguns procedimentos de enfermagem e posteriormente adequá-los à sua individualidade, já que só existe um protocolo na UCI do HL. Neste sentido, tentei ser impulsionadora de motivar o interesse nesta temática e ser geradora de interesse aos colegas para que seja uma área trabalhada por eles e para eles, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados.

Em termos microscópicos, pude constatar que, na realidade do AMP, a nutrição artificial não é uma prática frequente e dadas as características dos clientes e família que recorrem ao AMP e a política do hospital de encaminhamento do cliente/família ser o mais precoce possível do SO para os serviços de internamento. Porém, como na maioria das vezes há falta de vagas no hospital, há necessidade de proceder ao internamento em SO durante algum tempo, justificando-se a implementação da administração da nutrição entérica o mais precocemente possível de acordo com guidelines internacionais.

Foi, portanto, na prestação de cuidados que emergiu uma situação problema que me permitiu sinalizar esta área temática. Uma situação em que um cliente internado em SO necessitou da administração de nutrição entérica. Esta prescrição médica foi factor que causou algumas dúvidas e incertezas, aos enfermeiros do AMP, na prática deste cuidado. Levantaram-se questões como: “Quando devemos começar a administração? Como iniciar? Quanto se deve de administrar? Que tipo de fórmula entérica?”. Considero que contribui para a melhoria dos cuidados nutricionais ao cliente, pela minha interacção com os colegas no sentido de esclarecer o tipo de fórmula entérica

mais adequada ao cliente, à justificação do cálculo de volume aproximado às necessidades nutricionais do cliente, o ritmo de administração, forma de monitorização e estratégias para prevenir e actuar em caso de complicações. Desta forma, tive a oportunidade de **Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros** e **Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na minha área de Especialização**.

Por todas as considerações descritas e por esta área ser pouco frequente da prestação de cuidados, exige maior investimento por parte dos profissionais, sendo que se justificou o meu investimento em termos formativos. O contexto da instituição (“Hospital sem papel”) e do serviço (contexto de urgência) impulsionaram a que acções de formação de forma presencial não fossem a melhor opção, pelo que houve a necessidade de adequar a estratégia ao contexto, para contornar esta dificuldade do serviço. Construí, então, a exposição alusiva ao tema – “Nutrição Entérica no contexto do AMP do HL” (ANEXO XIV), que foi enviada por e-mail para toda a equipa de enfermagem do AMP e colocada na pasta de formações partilhada do HL, em virtude desta exposição ser uma ferramenta de trabalho e impulsionar aos enfermeiros uma revisão da temática. A interacção com os enfermeiros acerca da temática foi realizada pessoalmente, aproveitando os momentos de passagem de turno e outros na prestação, e deixando sempre em aberto o contacto por e-mail, se necessário.

Elaborei, também, um procedimento de enfermagem, a ser integrado eventualmente no Manual da Direcção de Enfermagem – Procedimento do Serviço de Enfermagem, seguindo o layout do HL: “Cuidados de Enfermagem com a preparação, administração e monitorização da nutrição entérica”, tendo como intenção promover a uniformização das intervenções de enfermagem face ao cliente que necessita de nutrição entérica (ANEXO XV). É de notar que a construção deste procedimento teve em consideração a estrutura utilizada em todas as normas de procedimento existentes e disponíveis no acesso informático do HL aos profissionais, na tentativa de complementaridade e enriquecimento de normas. Construí ainda um pequeno póster (ANEXO XVI) que foi fixado na sala de trabalho do SO, uniformizado ao layout dos existentes no AMP, para sistematização de concepções importantes a ter em ponderação na tomada de decisão face ao cliente com necessidade de administração de nutrição entérica.

Considero que abordei alguns dos aspectos mais sensíveis identificados no AMP, de forma crítica, procurando formas de resolução construtivas e aplicáveis. Procurei sensibilizar e motivar a equipa de enfermagem para o investimento na formação, na partilha e discussão de ideias e actualizações na prática dos cuidados para atingir cuidados de excelência. Sou da opinião de DIAS, José (2004, p.71):

“Os enfermeiros ao longo da história têm estado empenhados em mudar e melhorar a prática formativa, aliada às mudanças da sociedade da qual fazem parte, tendo que se adaptar às novas necessidades e exigências dos utentes. Mas, para que haja efectividade na mudança de todo o processo formativo e assistencial, torna-se pertinente incentivar a investigação, a utilização dos resultados da mesma nos cuidados aos utentes. Através deste processo está inerente o desenvolvimento de uma profissão e a abertura de um caminho que se chama «autonomia»”.

Creio que se fundamentou o meu contributo nesta área, para o serviço, de forma a clarificar, simplificar e a permitir a consulta sempre que a equipa ache conveniente, tentando desta forma atingir os objectivos do meu projecto de estágio e acrescentar um pequeno contributo naquelas que são as necessidades dos enfermeiros no AMP. Partilho a ideia de MORAIS (2004, p.23): *“Sendo incontestável que a Enfermagem está em permanente evolução, urge a necessidade de se adoptarem estratégias que permitam a renovação continua dos diversos saberes, actualizando e desenvolvendo competências, rejeitando a rotina e a acomodação às situações”.*

Assumo que consegui **Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica, Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas e Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização.**

1.2 – GANHOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Esta reflexão torna-se importante dado ser um momento de interiorização daquilo que se passou, enquanto ciclo de aprendizagem e percurso académico como Enfermeira Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica por forma a que no futuro essas competências possam ser visíveis na minha prestação de cuidados à pessoa e família, assente em sólidos pressupostos. Assim, neste sub-capítulo procuro sintetizar os ganhos

personais e profissionais neste percurso de aquisição de competências e espelhar alguns dos meus projectos futuros.

Neste percurso prático da prestação de cuidados à pessoa de médio e alto risco e sua família, procurei mobilizar os conhecimentos adquiridos no período teórico, o que me permitiu maior segurança, iniciativa, crítica e reflexão. As situações vivenciadas no decurso do estágio são bem mais complexas do que as teorias descritas, reside aqui a importância da realização dos estágios. Tal como defende BENNER (2001, p.181) *“a experiência, (...), não faz necessariamente referência ao tempo passado a exercer uma profissão, mas sobretudo a um processo muito activo que consiste em formar e modificar teorias e ideias ligadas de muito perto à realidade”*.

De um modo sucinto, aprez-me afirmar que este processo formativo possibilitou-me vivenciar: por um lado na UCCDVC um novo olhar da prestação de cuidados com maior competência e mais responsabilidades, reflectindo na e sobre a acção; e por outro no AMP uma nova realidade abrangida por duas exigências para mim: o contexto de urgência e o contexto privado de cuidados de saúde; que se tornaram enriquecedoras na medida em que me trouxeram uma nova perspectiva dos cuidados de saúde. Com os resultados obtidos, ter uma atitude reflexiva em relação ao meu desempenho e ter uma atitude crítica na execução do planeamento de cuidados, foram atitudes eficazes no meu processo de crescimento – Saber transformar (DIAS, 2004).

Prevaleceu a importância da realização da prática clínica no contexto da UCCDVC, na dimensão pessoal pelos ganhos no meu crescimento humano como pessoa em relação com o próximo e na dimensão profissional pelo contributo insubstituível nos cuidados de saúde personalizados e como resposta às necessidades da pessoa de médio e alto risco e família, bem como à interdisciplinaridade e multidisciplinaridade vivenciados. Assim, tal como afirma SILVA (2007, p.18) *“hoje, os problemas de saúde caracterizam-se pela elevada complexidade. A análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções, e portanto, melhora a qualidade dos cuidados de saúde”*.

Também a prática clínica no AMP propiciou a minha flexibilidade de adaptação a um novo contexto, recheado de novas exigências e articulação de prioridades requerendo uma organização do trabalho rigorosa. Aqui os grandes contributos de aprendizagem

não se revêem no aprender de novas patologias ou de novas técnicas dada a especificidade dos clientes que são admitidos neste serviço e a minha experiência profissional, mas sim na possibilidade de investir no cuidar com a pessoa e família e fazer transparecer ao alvo de cuidados os frutos da minha intervenção autónoma como imprescindíveis e também, claro, a minha intervenção interdependente. Sendo que o termo cuidar diz respeito a actividades com vista a *“assistir, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana, ou para encarar a morte”* (LEININGER citada por TOMEY E ALLIGOOD 2004, p. 571).

Durante a minha prestação em situação de estágio clínico, senti-me capaz de ser enfermeiro especialista, um profissional reflexivo, utilizando o conhecimento na prática dos cuidados e estar mais atenta a aspectos de âmbito organizacional e de interacção com a pessoa e família do que propriamente com procedimentos técnicos. Partilho a seguinte afirmação:

“através do seu «olhar mais profundo» sobre a Pessoa numa situação específica, na implementação de intervenções de Enfermagem especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projectos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida (...) e capaz de mobilizar todo um manancial de informação de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçando nos saberes providos da experiência em situação” (LEITE, 2006, p.4)

O projecto de estágio, as reflexões de avaliação intermédia e final, bem como as orientações e reuniões tutoriais foram elementos fulcrais no desenvolvimento dos estágios e na sua concretização. Gostaria de salientar, ainda, o contributo importante da construção de um portefólio, para mim novidade, mas que foi fortemente enriquecedor como estratégia flexível que permite documentar o processo e o produto da aprendizagem e a capacidade de resolver problemas, para além de permitir a análise das vivências diárias. Partilho a afirmação de MELO E FREITAS (2006, p.63), ao referir que construção do portefólio permite *“a avaliação contínua, a interacção grupal, a reflexão/discussão, a aquisição/aprofundamento /consolidação de conhecimentos, a gestão do tempo, o facto de servir de documento de consulta e a estimulação da motivação e da autoformação”*.

Sinto que contribui também com o meu saber de forma a tentar aperfeiçoar a prestação de cuidados no sentido da melhoria da qualidade. Aqui tenho ainda a referir os aspectos

facilitadores da minha aprendizagem: a colaboração, orientação e acompanhamento das equipas de enfermagem e multidisciplinares dos locais de estágio, bem como às Enfermeiras Orientadoras e à Enfermeira Tutora. Esta possibilidade de conhecer outras realidades e estar noutra papel proporcionou-me uma nova visibilidade da intervenção com a pessoa e família, bem como novas estratégias para implementar no quotidiano da prática, encarando esta experiência como um processo que se inicia, por forma a integrar a Especialidade no futuro. Inicia-se, portanto, uma nova responsabilidade em projectos futuros. Como projectos futuros ambiciono participar/construir/mobilizar a equipa multidisciplinar de nutrição artificial do HCC em projectos distintos em prol do cliente, envolvendo os enfermeiros na sua afirmação profissional nesta área. Procurarei, também, envolver-me como enfermeira formadora na área da nutrição artificial num projecto da APNEP na Sub-Região de Lisboa e Vale do Tejo. Ambiciono também ter a possibilidade de formar alunos de enfermagem como Enfermeira Especialista e investir na Investigação em Enfermagem, tanto em trabalhos práticos no meu serviço como futuramente a nível do Doutoramento em Enfermagem.

Levo deste processo de aprendizagem ganhos em termos do conhecimento e ganhos em termos da prática profissional do cuidar noutros contextos que propiciam transpor na intervenção com a pessoa e família. A articulação e mobilização dos vários saberes: conhecimento, capacidades, atitudes e comportamentos; é que me permitiram convergir no saber transformar, por intermédio do saber aprender. Partilho da concepção de DIAS (2004), em que as competências se constroem pela aplicação dos conhecimentos de maneira adequada e ajustada às situações concretas de trabalho, pelo que ser competente não basta possuir capacidades e conhecimentos. Aliada a esta afirmação, compartilho com NÓVOA (1991, p.23) que

“a formação não se constrói por acumulação (de cursos, conhecimentos, ou de técnicas), mas sim através de um trabalho de reflexividade sobre as práticas e de (re)construção permanente de uma identidade pessoal. Por isso é tão importante investir na pessoa e dar um estatuto ao saber da experiência”.

É imprescindível a mobilização do saber na prática dos cuidados, pelo que a visibilidade social da Enfermagem reside na nossa afirmação - estar na profissão, e autonomia através da investigação e conhecimento, sendo que *“as capacidades cognitivas desenvolvidas em ambiente de trabalho permitem a optimização do saber e do saber-fazer, ao mesmo tempo que da representatividade afectiva e avaliativa das situações*

desenvolve o saber-ser e estar profissional, numa procura constante da mestria no cuidar” (MORAIS, 2004, p.24). Foi neste sentido que ingressei neste curso e é neste sentido que me revejo enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2 – CONCLUSÃO

A conclusão expressará uma síntese da minha análise, discussão e reflexão apresentada ao longo deste relatório, referindo-me à consecução dos seus objectivos. Relatarei o interesse e a novidade dos resultados que obtive e deixo sugestões para a aplicação prática dos cuidados.

Toda esta experiência que o Curso de Mestrado de natureza profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica me proporcionou foi extremamente enriquecedora em termos pessoais e profissionais. A articulação e mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos na componente teórica do curso, na prática real dos cuidados em contexto de estágio, como aluna de especialidade foi um solidificar de competências – umas adquiri-las e outras desenvolvê-las. Reviver a experiência de ser aluna em estágio foi uma tarefa difícil mas amadurecida pelo saber escutar e pelo repensar sobre o meu desempenho, contextualizando e direccionando o agir no caminho da qualidade dos cuidados prestados. Neste percurso de aquisição de competências foi essencial descrever as actividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio: a UCCDCV e AMP; bem como fundamentar as estratégias implementadas promovendo o processo ensino/aprendizagem. Foi possível, também, avaliar as actividades desenvolvidas evidenciando as repercussões na prestação. Tendo em consideração as competências e os objectivos definidos, considero que os atingi de forma bastante gratificante e enriquecedora, para mim como pessoa e como profissional de enfermagem.

Concluo que consegui, na sua plenitude, descrever as actividades desenvolvidas nos diferentes contextos; fundamentar as estratégias implementadas promovendo o processo ensino/aprendizagem e avaliar as actividades desenvolvidas face aos objectivos traçados no projecto de estágio e face às competências adquiridas. Realço, no percurso da minha formação enquanto enfermeiro especialista, em termos de repercussões da minha prestação de cuidados com a pessoa e família de médio e alto risco, através desta experiência de estágios de grande valor, os ganhos pessoais e profissionais e o desenvolvimento de competências no caminho da autonomia e visibilidade sócio-

profissional da Enfermagem. Gosto de Ser... Sou... Enfermeiro Especialista... – o que ganhei? O que acresce? Uma nova forma de estar na profissão de Enfermagem...a valorização do que sou...formar-me no saber transformar: pela vontade de aprender, pelo conhecimento, pelas capacidades, pelas atitudes e comportamentos com o cliente e família e no seio da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar.

O interesse dos resultados que obtive no meu percurso em estágio passa primeiramente pela centralidade da pessoa nos cuidados e pela interacção estabelecida com outros enfermeiros, sendo bidireccional a estimulação à aprendizagem e à investigação. A novidade dos resultados está relacionada com o fio condutor nos dois estágios – a nutrição entérica, temática que contribuiu simultaneamente para rever actualizações e para estimular o interesse nos cuidados nutricionais em prol melhoria do estado do cliente e a investigação na prática, pelo papel insubstituível do enfermeiro nesta dimensão.

As sugestões que gostaria de mencionar abrangem duas facetas: na construção do relatório e nos cuidados de enfermagem. Inerente à construção do relatório e todo o processo de organização do trabalho de estágio, a orientação através de uma metodologia de trabalho de projecto, que para mim foi um aspecto orientador de todos os procedimentos e eventualmente seja facilitador da avaliação de resultados da prática a utilização, desde a elaboração do projecto de estágio, de indicadores de avaliação. Quanto aos cuidados de enfermagem, mais especificamente na área da nutrição entérica, uma atitude mais acertiva e proactiva do enfermeiro em equipas multidisciplinares e demonstrar a nossa autonomia e tomadas de decisão fundamentadas em conhecimento científico com os colegas, com outros profissionais de saúde e com o cliente e família no cuidar. É indiscutível a participação e construção de trabalhos de investigação direccionados à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Há, portanto, que enquanto Enfermeiro Especialista se analisem as práticas em relação aos resultados, implementando programas de melhoria contínua no sentido do aumento da qualidade no cuidar à pessoa. Concordo com a opinião de NUNES, (2006, p.12), ao referir que “(...) *autonomia e a responsabilidade se configurem como fundantes da centralidade dos cuidados, em qualquer área de actuação do enfermeiro. Sendo que a nossa própria razão de ser, enquanto profissionais, decorre da necessidade de cuidados, que deverão ser prestados com excelência, equidade e proximidade: porque somos enfermeiros*”.

Dada a actualidade de contensões na Saúde, torna-se indispensável ponderar sobre a eficácia e eficiência da gestão dos cuidados na tradução de qualidade. O percurso será de flexibilização e aplicação instrumentos de informação e avaliação que permitam fundamentar a nossa actuação.

Perante o caminho académico percorrido desde a concepção até à gestão dos cuidados de enfermagem de qualidade prestados, tendo como centralidade a pessoa, há que agir no sentido de uma identidade sócio-profissional visível enquanto enfermeiro responsável e autónomo no cuidar. Neste sentido, podemos considerar que a identidade sócio-profissional só será uma realidade quando o enfermeiro especialista valorizar os aspectos da sua esfera de autonomia, utilizando na prática um raciocínio intelecto-profissional, ou seja, recontextualizando as situações diárias de forma responsável a partir do seu corpo de saberes (qualificações/conhecimentos), usando a sua autonomia para enfatizar o cuidar profissional em enfermagem, dando assim visibilidade à acção do enfermeiro especialista com a Pessoa e família.

3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Vitória [et al.] – Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. vol 39, nº2 (Junho 2005), p.202-210.

ALVES, Ana; SOUSA, Luís. – Cuidar em Enfermagem: Caminhando Rumo a uma Identidade Sócio-profissional Visível!. **Sinais Vitais**. ISSN: 0872-8844. nº56 (Setembro 2004). p. 27-29.

ALVES, Ana. - **Educar para o Regresso a Casa após Transplante Hepático**. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Saúde Comunitária. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas. (2007). 92p.

ALVES, Ana; JOSÉ, Ana. - Nutrição Entérica nos doentes ventilados em cuidados Intensivos: Que complicações?. **Revista APNEP**. ISSN 1646-7183. Vol III, nº1, (Junho 2009). 206 p.

AMENDOEIRA, José. - **A Formação em Enfermagem – Que Conhecimento? Que Contexto?**. Dissertação de Mestrado não publicada. Departamento de Sociologia. Faculdade de Ciências Sociais. Universidade Nova de Lisboa. (1999). 116p.

AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana – **Metodologia científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**. 8ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006. 178 p. ISBN 972-54-0149-2.

BAILES, et al. Complexity of delivering bad news: Why is this so difficult? **The Oncologist**. ISSN: 1083-7159 vol 5, nº 4. (August 2000), p.302-311.

BARBIER, Jean-Marie – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora, 1996. 238 p. ISBN:972-0-34106-8.

BENNER, Patrícia. **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p. ISBN 972-8535-97-X.

CASTRO, Lisete Barbosa; RICARDO, Maria Manuel Calvet – **Gerir o trabalho de projecto: Guia para a flexibilização e revisão curriculares**. 7ª ed. Lisboa: Texto Editora, 2002. ISBN 972-47-1725-9.

COLLIÈRE, Marie - Françoise – **Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Edições Técnicas. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 339 p. ISBN 972-757-109-3.

CORPO DE ENFERMAGEM DO HL. **Enfermagem**. [consult. 14 Jan 2011]. Disponível em: <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigoId=6>.

COSTA, SILVA, NORIEGA. **Manual de Operacionalização. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Fevereiro 2008. 49 p. [consult. 7 de Abril de 2011]. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf.

DEODATO, Sérgio – A Excelência do Exercício: Perspectiva Ética e Deontológica. **A Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Nº 15 (Dezembro, 2004), p. 26-30.

DIAS, José. Perspectivas das Competências. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 188 (Maio 2004), p.18-22.

DIAS, José. **Formadores: Que desempenho?**. Loures: Lusociência. 2004. 197 p. ISSN 972-8383-75-4.

FERNANDES, Paula; CASTELÕES, Paula – Desafios da Nutrição Clínica em Cuidados Intensivos: perspectiva do intensivista. **Revista APNEP: Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica**. Porto. ISSN 1646-7183. 3:1 (Junho 2009), p.129-130.

GEORGE, Julia B. [et al.] – **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, Lda, 1993. 346 p. ISBN 85-7307-587-2.

GONÇALVES, Rogério. Cuidado ao Outro em “estado crítico”: a mediação pela solicitude. **A Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629, nº13, (Julho 2004). 48 p.

GRUPO DE ESTUDOS DA DESNUTRIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA E PARENTÉRICA (APNEP). **A codificação da Desnutrição**. Junho de 2009. [consult. 10 Jan. 2011]. Disponível em: http://www.apnep.pt/GED_codificacao_da_desnutricao.pdf

HANSON, Shirley May Harmon – **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005. 497 p. ISBN 972-8383-83-5.

HESBEEN, Walter. **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. 2000. Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda. Loures. 201 p. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter. **Cuidar neste mundo**. 2004. Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda. Loures. 292 p. ISBN 972-8383-71-1.

JESUS, Élvio. - Melhor Saúde: um imperativo. **Jornal da madeira**, (2007). [consult. 31 Out. 2009]. Disponível em

<http://www.jornaldamadeira.pt/not2008.php?Seccao=12&id=85984&data=2007-12-30>

LAZURE, Hélène. **Viver a Relação de Ajuda: uma abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda. 1994. Lisboa. 215 p. ISBN 972-95399-5-2.

LEITÃO, Ana; et al. **Projecto de Enfermagem para 2010 – Projecto Arco-Íris**. Unidade de Cuidados Continuados ao Doentes Ventilado Crónico. Hospital Curry Cabral. Lisboa. Fevereiro 2010. Não publicado.

LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice. **Trabalho de Projecto: aprender por projectos centrados em problemas**. Colecção Ser Professor; Edições Afrontamento. 2ª ed., 1991, 230 p. ISBN 972-36-0216-4.

LEITE, Lúcia – **O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento**

Profissional. In: II Congresso da Ordem Dos Enfermeiros – Um Novo Paradigma de Desenvolvimento Profissional: valorização do Percurso e Competências. Lisboa. 2006. 8p. [consult. 20 Dez. 2010]. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLL.pdf

LOPES, Manuel – **A Relação Enfermeiro-Doente como intervenção Terapêutica: Proposta de uma Teoria de Médio Alcance.** Coimbra. Formasau: Formação e Saúde, Lda. 2006. 186 p. ISBN: 972-8485-6-X.

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM. 2006. Hospital da Luz. Disponível na intranet do HL. Não publicado.

MARTINS, José. Alimentação Enteral. **Sinais Vitais.** ISSN 0872-8844. Nº 42, (Maio 2002), p.15-20.

MELEIS, Afaf; et al. – Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Science.** ISSN 0161-9268. Vol 23. nº1. (Setember 2000), p.12-28;

MELO, Rosa; FREITAS, Helena. - Portfólio: uma estratégia utilizada na avaliação das aprendizagens: Perspectiva dos estudantes de enfermagem na disciplina de Administração e Gestão em Enfermagem. **Referência.** Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série:2 (Junho 2006), p.63-73;

MORAIS, Carlos. Perspectivas das competências. **Nursing.** ISSN 0871-6196. nº188, (Maio, 2004), p. 23 -24.

NETO, António; et al. Grau de Satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. **Servir.** ISSN 0871-2370. vol 51, nº5 (Setembro/Outubro 2003), p.214 – 228.

NÓVOA, António. A Formação Contínua dos Professores. In: **Formação Contínua dos professores: realidades e perspectivas.** Aveiro: Universidade de Aveiro, 1991, p.15-38

NUNES, Lucília - II CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Autonomia e Responsabilidade na tomada de decisão em Enfermagem**, 10 Maio de 2006, p.1-12.

Consult 2009-10-31. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/Autonomia&Responsabilidade.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Divulgar: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. Dezembro 2001, 18 p.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. 668 p. ISBN 972-8383-84-3.

PEREIRA, Samuel. **Qualidade em saúde: o papel dos sistemas de informação**. Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica. Departamento de Física. 2009. 117 p. Consult 2010-01-15. Disponível em http://run.unl.pt/bitstream/10362/2664/1/Pereira_2009.pdf

PESTANA, Helena; et al. - **Enfermagem: Quadro de Referências e sua Operacionalização**. Novembro 2004. Hospital de Curry Cabral.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 437/91: **D.R. I Série - A** n.º 257, (91-11-08), p. 5723-6960.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro: **D.R. I Série - A**. n.º180, (16-09-09), p.6528-6550.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º161/96: **D.R. I Série - A**. n.º 205, (04-09-96), p.2959–2962.

RAVASCO, Paula. Intervenção nutricional em oncologia e qualidade de vida. **Revista Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica**. Vol IV, n.º1. Junho 2010. 136 p. ISSN 1646-7183.

RUIVO, M^a Alice; e tal. Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. **Percursos**. Publicação da área disciplinar de Enfermagem: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. ISSN1646-5067. N^o15. (Janeiro – Março 2010). p. 1-37

RENAUD, Isabel. A confiança. X Seminário de Ética: Segurança da Informação. **ORDEM DOS ENFERMEIROS**. n^o 34. Junho 2010. ISSN 1646-2629, p. 48

SIADAP – **Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho para a Administração Pública**. Objectivos Estratégicos 2010. Circular Informativa n^o42, Hospital Curry Cabral, Agosto 2010. p.10.

SILVA, Abel Paiva – “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina, **Revista Servir**.55:1-2 (Jan.-Abr., 2007) p.11-20.

SOARES, Maria Isabel. – A importância do portefólio para a certificação de competências em enfermagem: Um processo que comporta alguns riscos. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. (Julho 2005), p.56-60.

SOUSA, Luís. – **Relatório de Formação do Hospital Curry Cabral**. Unidade de Cuidados Intensivos. 2010. Não publicado.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5^a ed. Loures: Lusociência, 2004. 754 p. ISBN 972-8383-74-6.

UCP-ICS/ESPS – Mestrado em enfermagem de natureza profissional. **Regulamento geral**. [s.l.]: Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, 2009. 14 p.

VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência**. 1^a ed., Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2009.155 p. ISBN 978-972-54-0195-8.

ANEXOS

ANEXO I - Plano da formação em serviço -HCC

PLANO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA: Viabilidade tecidual e opções terapêuticas na úlcera de pressão

ALUNO PRELECTOR: Ana Paula Alves

GRUPO ALVO: Enfermeiros

LOCAL: Unidade de Cuidados Intensivos do HCC

DATA: 27/10/10

HORA DE INICIO: 14h

DURAÇÃO: 2 h

OBJECTIVO GERAL: Reflectir acerca da viabilidade tecidual e opções terapêuticas gerais na abordagem da úlcera de pressão, na UCI do HCC

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a dimensão do problema do aparecimento da úlcera de pressão;
- Uniformizar procedimentos na aplicação da Escala de Braden para avaliação do risco de úlcera de pressão;
- Conhecer directivas internacionais no tratamento da úlcera de pressão.

ETAPA	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA MMS	TEMPO	QUEM
INTRODUÇÃO	❖ Justificação do tema	Diálogo aberto	5'	Ana Paula
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dimensão do problema do aparecimento das úlceras de pressão ❖ Avaliação do risco de úlcera de pressão: Escala de Braden: uniformizar procedimentos ❖ Directivas internacionais no tratamento da úlcera de pressão 	<p>Método Interactivo</p> <p>Power Point</p>	35'	Todos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Síntese ❖ Avaliação dos conteúdos abordados 	<p>Método Interactivo</p> <p>Questionário</p>	20'	Todos

ANEXO II – Convite para a formação em serviço - HCC

**CONVITE AOS COLEGAS
PARA ACÇÃO DE FORMAÇÃO**

VIABILIDADE TECIDULAR E OPÇÕES TERAPÊUTICAS NA ÚLCERA DE PRESSÃO

**Participa e Partilha a tua Opinião
a 27 de Outubro de 2010 às 14h
na Biblioteca da UCI**

Obrigada
Ana Paula Alves

ANEXO III – Acção de formação - HCC

VIABILIDADE TECIDULAR E OPÇÕES TERAPÊUTICAS NA ÚLCERA DE PRESSÃO

Prelector: Ana Paula Alves
Enfº Orientador: Chefe Alexandra Ferreira
Enfº Tutor: Profª Filipa Veludo

27 de Outubro de 2010, Hospital Curry Cabral, Biblioteca UCI

1

Objectivo geral

- ▶ Reflectir acerca da viabilidade tecidular e opções terapêuticas gerais na abordagem da úlcera de pressão, na UCI do HCC

2

Objectivos específicos

- ▶ Caracterizar a dimensão do problema do aparecimento da úlcera de pressão;
- ▶ Uniformizar procedimentos na aplicação da Escala de Braden para avaliação do risco de úlcera de pressão;
- ▶ Conhecer directivas internacionais no tratamento da úlcera de pressão.

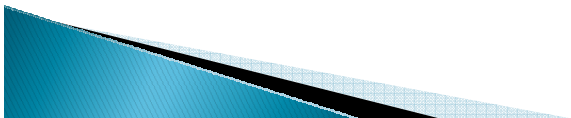


3

DEFINIÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

- ▶ É uma área de lesão localizada na pele e dos tecidos subjacentes causada por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou uma combinação destes factores.

EPUAP (S/D) In: Duque, Helena; et al (2009). Manual de boas práticas: úlceras de pressão – uma abordagem estratégica, Coimbra, Formasau



4

Alguns factores de risco associados a úlcera de pressão

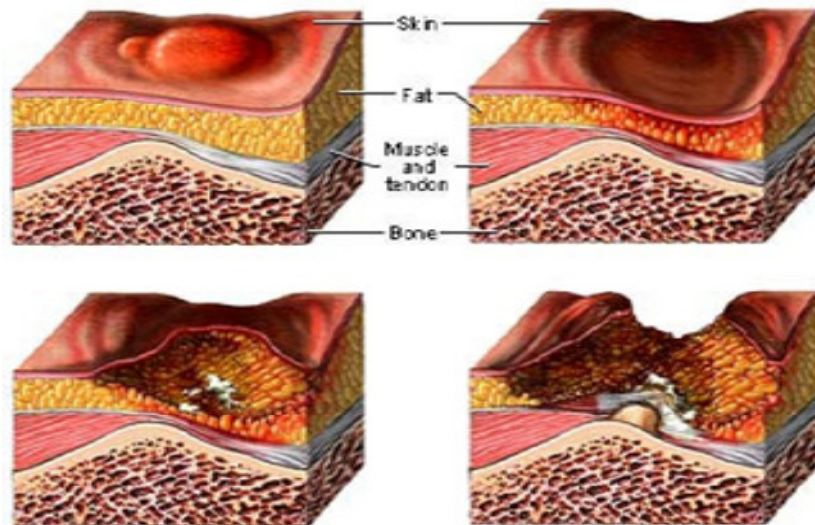
malnutrição

imobilização

incontinência

alterações do nível de consciência

Progression of decubitus ulcer



ADAM

6

Respostas metabólicas do organismo a úlcera de pressão



Fonte: <http://patologiashow.blogspot.com/2010/09/ulcera-por-pressao.html>

- ▶ Aumento do metabolismo basal
- ▶ Aumento do turnover celular e do colagénio
- ▶ Diminuição da água total do organismo

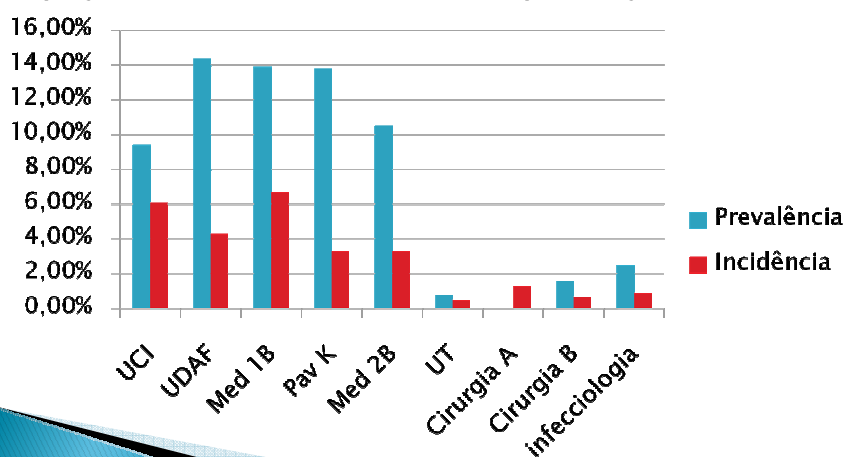
ALGORITMO



AHCPR, Publication n.95-0652.1994

DIMENSÃO DO PROBLEMA no HCC

Proporção de Prevalência e Incidência de UP por serviço no HCC em 2009



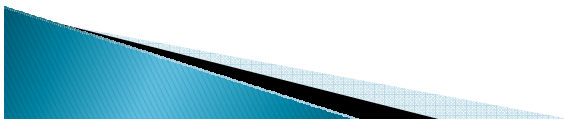
Grupo de trabalho de UP, 2009 ⁸

CASO CLÍNICO

- ▶ O Sr Manuel, doente de 89 anos de idade, raça caucasiana deu entrada há 5 dias na UCI por pneumonia da comunidade com necessidade de ventilação mecânica. Doente sedado mas tenta retirar o TOT (necessitando de imobilização membros superiores) e desposiciona-se, conectado a protese ventilatória em VC. Apresenta várias úlceras de pressão e febre pontualmente(+ ou - d 8/8h) seguida de sudorese profusa. Tem SNG onde é administrada AE a 10cc/h por apresentar estase frequentemente » 200cc em 4h.

10

Qual o score, através da avaliação pela escala de braden, que atribui ao Sr Manuel?



11

Escala de Braden: Qual o score?

Percepção sensorial

Responde ao desconforto da pressão?

- ▶ Completamente limitada – Não responde estímulos álgicos (1)
- ▶ Muito Limitada – Não consegue comunicar desconforto(2)
- ▶ Ligeiramente Limitada – Nem sempre comunica desconforto(3)
- ▶ Nenhuma limitação – Sem déficit sensorial e se comunica bem(4)



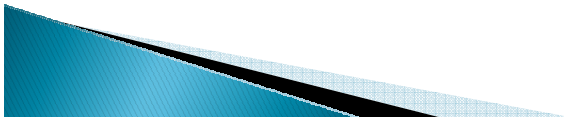
12

Escala de Braden: Qual o score?

Humidade

O quanto a pele está exposta à humidade?

- ▶ Pele Constantemente Húmida(1)
- ▶ Pele muito húmida –Frequentemente(2)
- ▶ Pele Ocasionalmente húmida(3)
- ▶ Pele Raramente húmida(4)



13

Escala de Braden: Qual o score?

Actividade

Grau de Actividade Física

- ▶ Acamado – Restrito ao leito(1)
- ▶ Sentado– Restrito à cadeira(2)
- ▶ Anda ocasionalmente(3)
- ▶ Anda Frequentemente–Sem limitações(4)



14

Escala de Braden: Qual o score?

Mobilidade

Capacidade de mudar e controlar as posições

- ▶ Completamente imobilizado – não faz mudança de decúbito(1)
- ▶ Muito limitado – Pequenas mudanças ocasionais(2)
- ▶ Ligeiramente limitado – Pequenas mudanças frequentes(3)
- ▶ Nenhuma limitação – Importantes e frequentes mudanças(4)

15

Escala de Braden: Qual o score?

Nutrição

Padrão geral da ingesta

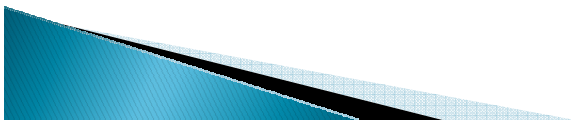
- ▶ Muito pobre(1)
- ▶ Provavelmente Inadequada(2)
- ▶ Adequada(3)
- ▶ Excelente(4)

16

Escala de Braden: Qual o score?

Fricção e Forças de deslizamento

- ▶ Problema(1)
- ▶ Problema potencial(2)
- ▶ Nenhum problema(3)



17

UP: Categoria I



Fonte: <http://patologiashow.blogspot.com/2010/09/ulcera-por-pressao.html>

Eritema não branqueável em pele intacta



18

UP: Categoria I

- ▶ Aplicar hidrocoloides de prevenção, película transparente, emulsão lipídica vitaminada

DUQUE, Helena; et al (2009). Manual de boas práticas: úlceras de pressão – uma abordagem estratégica, Coimbra, Formasau

19

UP: Categoria II



Fonte: <http://patologiashow.blogspot.com/2010/09/ulcera-por-pressao.html>

Perda parcial da espessura da pele ou flictena

20

UP: Categoria II

- ▶ Limpar a UP: SF ou água potável; irrigar a UP; não secar a UP mas a região envolvente, caso flictena não se deve esvaziar
- ▶ Aplicar hidrocoloide, poliuretano, hidropolimero ou emulsão lipídica vitaminada

DUQUE, Helena; et al (2009). Manual de boas práticas: úlceras de pressão – uma abordagem estratégica, Coimbra, Formasau

21

UP: Categoria III



Fonte: <http://patologiashow.blogspot.com/2010/09/ulcera-por-pressao.html>

Perda total da espessura da pele
(tecido subcutâneo visível)

22

UP: Categoria IV



Fonte: <http://patologiashow.blogspot.com/2010/09/ulcera-por-pressao.html>

Perda total da espessura dos tecidos
(músculos e ossos visíveis)

23

UP: Categoria III e IV

- ▶ Limpar a UP
- ▶ Executar desbridamento enzimático e autolítico para UP não infectadas
- ▶ Executar desbridamento cirúrgico para feridas infectadas

DUQUE, Helena; et al (2009). Manual de boas práticas: úlceras de pressão – uma abordagem estratégica, Coimbra, Formasau

24

UP: Categoria III e IV

- ▶ Vigiar sinais de infecção
- ▶ Aplicar hidrocoloíde, hidropolímero, poliuretano, carboximetilcelulose sódica, alginatos de cálcio e de sódio, penso de matriz moduladora de proteases, maltodextrina entre outros

DUQUE, Helena; et al (2009). Manual de boas práticas: úlceras de pressão – uma abordagem estratégica, Coimbra, Formasau

25

Cuidados de Enfermagem na prática diária

1. Prevenção das úlceras de pressão
2. Tratamento das úlceras de pressão
3. Prevenção das complicações

Conseguiremos?

Cuidados de Enfermagem na praxis diária

Directivas internacionais das UP



- ▶ Posicionamento
- ▶ Massagem
- ▶ Hidratação
- ▶ Nutrição adequada
- ▶ Monitorização da dor
- ▶ Controlo do odor
- ▶ Vigilância das características do exsudado

27

Novas recomendações UP: plano preventivo

- ▶ Utilização da escala de braden – DGS na circular normativa nº35/DSQC/DSC de 12/12/2008
- ▶ Uso de emolientes para hidratar a pele, baixar a tensão superficial na pele e reduzir a fricção
- ▶ Não massajar as saliências ósseas

Menoita, et al (*no prelo*) “Abordagem Da úlcera de Pressão: Plano Preventivo”, Revista Sinais Vitais

28

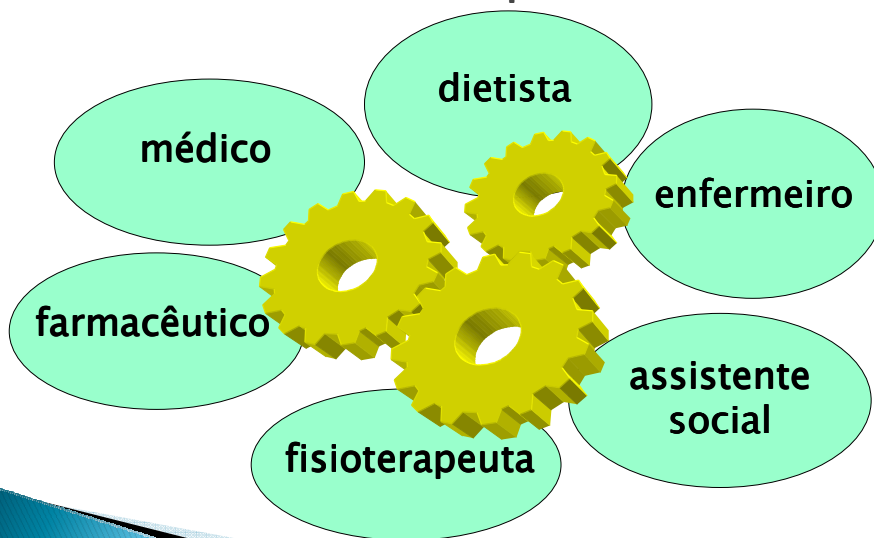
Novas recomendações UP: plano preventivo

- ▶ Zonas de pressão nunca devem ser tapadas com compressas ou algodão
- ▶ Hidrocoloides de prevenção são indicados para eliminar só as forças de fricção e não de pressão
- ▶ Quando se utilizam espumas ideais para calcâneos deve-se ter o cuidado de abranger a maior superfície de contacto – região maleolar

Menoita, et al (*no prelo*) "Abordagem Da úlcera de Pressão: Plano Preventivo", Revista Sinais Vitais

29

Úlcera de Pressão: trabalho multidisciplinar



ANEXO IV – Instrumento de avaliação da formação em serviço – HCC

AVALIAÇÃO DA ACÇÃO FORMATIVA

Nome da Acção de Formação: _____

Formador/es: _____

Data: 27/10/2020

Entendendo a melhoria contínua da qualidade das sessões formativas, elaborou-se um questionário, para o qual se solicita a sua colaboração.

- Indique (com uma X) uma ou mais razões que o motivaram a assistir a esta acção de formação e, caso considere que existem outras para além das indicadas, indique-as nas linhas em aberto:

Necessidade de saber mais sobre esta matéria	
Convite do colega	X
Necessidade curricular	

I - De acordo com a sua opinião e escala em anexo, assinale a resposta que mais se adequa:

Não satisfaz	Satisfaz pouco	Satisfaz	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

A - Face aos objectivos propostas a acção de formação:	1	2	3	4	5
B - O desempenho do formador:	1	2	3	4	5
C - A metodologia utilizada:	1	2	3	4	5
D - Os conteúdos abordados:	1	2	3	4	5
E - A pertinência desta temática é oportuna e:	1	2	3	4	5
F - O tempo utilizado nesta acção de formação	1	2	3	4	5
G - Os meios pedagógicos utilizados:	1	2	3	4	5
H - Na globalidade a acção de formação:	1	2	3	4	5

II - Quais os contributos desta acção de formação para o seu desempenho:

V - SUGESTÕES:

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO V – Resultados estatísticos da acção de formação do HCC

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA ACÇÃO FORMATIVA

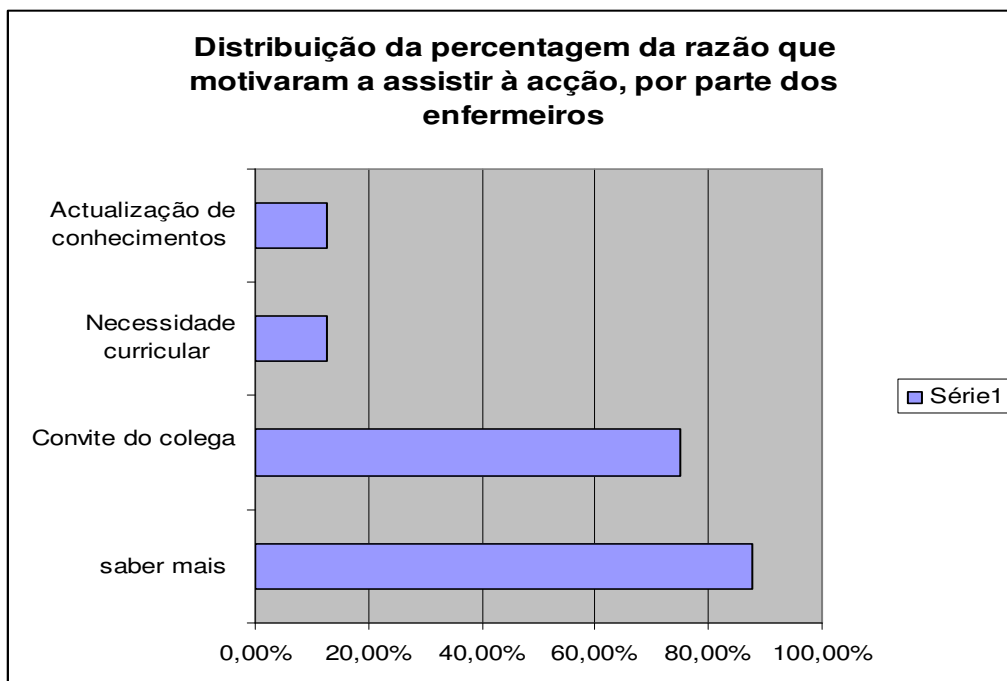
A existência de úlcera de pressão na pessoa internada é um factor que por si só implica maiores custos de financeiros e maior taxa de internamento.

A prevalência e incidência das úlceras de pressão na pessoa de médio e alto risco internada na UCI do HCC são elevadas pelas co-morbilidades associadas. Neste sentido, deverá ser na prevenção que se deve iniciar a actuação do enfermeiro. É essencial actuar seguindo as guidelines internacionais e dar continuidade aos cuidados prestados. Torna-se importante basear a nossa actuação no processo de enfermagem, delineando diagnósticos de enfermagem e intervenções para que a monitorização e avaliação da ferida e do tratamento efectuado seja precisa em virtude da rápida melhoria da pessoa em causa.

Neste sentido, é valiosa a partilha e discussão de ideias, de práticas, de saber, entre os enfermeiros que prestam os cuidados. Foi, então, realizada a acção de formação “Viabilidade Tecidual e opções terapêuticas na U.P” e discriminar-se-ão os resultados da mesma, pela análise dos instrumentos de avaliação da sessão que transparecem o sentir dos formandos.

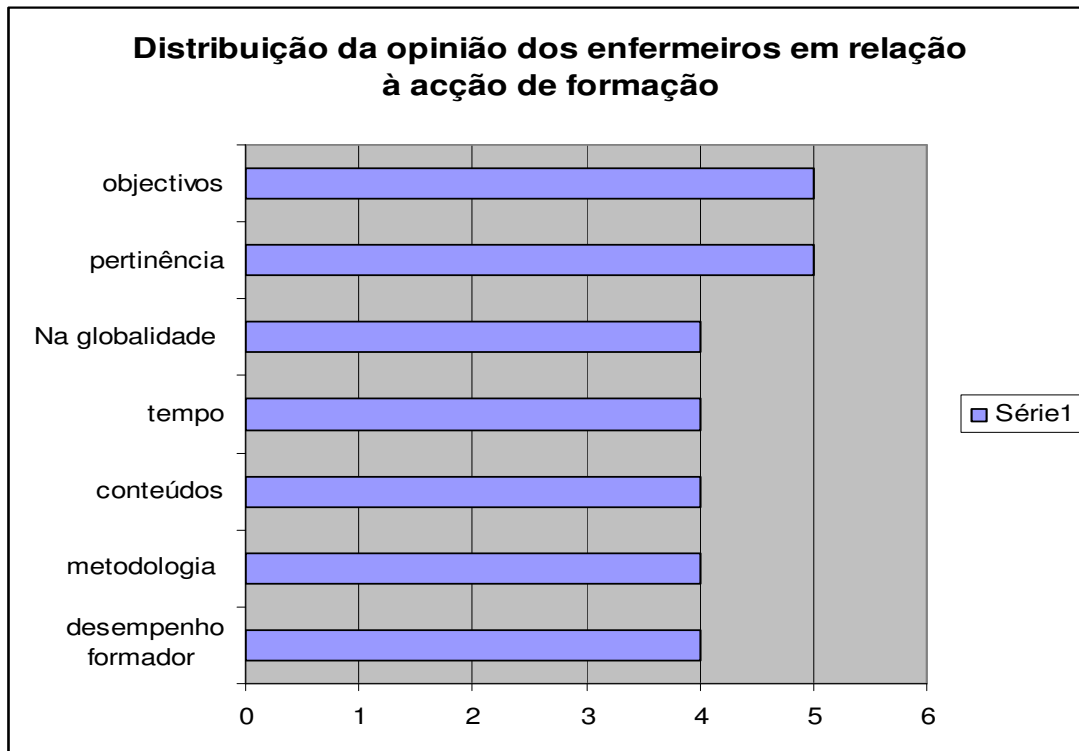
Respostas dos formandos ao instrumento de avaliação da acção formativa

Como pudemos constatar através do gráfico seguinte, as razões que motivaram o formando a assistir à acção de formação, foi a “necessidade de saber mais sobre a matéria” (87.5%), seguindo-se em maior percentagem o “Convite do colega”. Em igual percentagem – 12,5%, referem-se à “necessidade curricular” e “actualização de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas”.



Face à distribuição da opinião dos enfermeiros em relação à acção de formação, há a referir que os formandos consideraram Muito Bom, os seguintes aspectos: “Face aos objectivos propostos” com percentagem de 62,5%; “A pertinência desta temática é oportuna” em 75% e “Os meios pedagógicos utilizados” em 50% das respostas.

Classificado como Bom, os formandos entenderam: com igual percentagem (62,5%) - “O desempenho do formador”, “A metodologia utilizada”, “Os conteúdos abordados” e “Na globalidade a acção de formação”, sendo que com 75% referem-se ao “O tempo utilizado nesta acção de formação”.



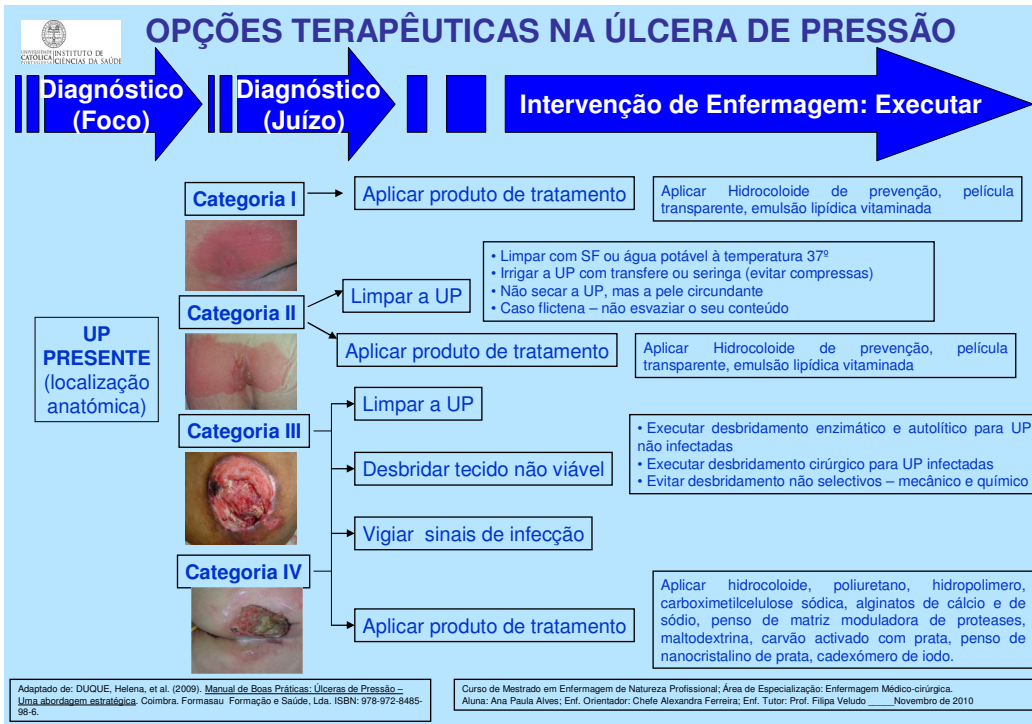
Em resposta a uma questão aberta, os formandos referiram que os contributos da acção de formação foram em termos da “actualização e aquisição de novos conhecimentos” – 37,5%, “apresentação de novas directrizes”, “partilha de experiências”, “discussão de casos práticos” – 37,5% e “melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente”. Como sugestões referiram “criação de mais momentos de partilha de experiências”.

CONCLUSÃO

Os formandos consideraram a acção de formação útil para a prestação de cuidados, referindo as razões que motivaram para assistir à acção de formação foram em percentagem mais significativa: 87,5% a necessidade de saber mais sobre esta matéria e 75% convite do colega. Com igual percentagem de resposta por parte dos enfermeiros, face à acção de formação, há a referir com 62,5%, a classificação Muito Bom, na dimensão: “Face aos objectivos propostos”; e com classificação Bom, as seguintes dimensões: “o desempenho do formador, a metodologia utilizada, os conteúdos abordados e na globalidade da acção de formação”. Com 75% de respostas, “o tempo utilizado nesta acção de formação” na classificação de Bom e na classificação de Muito Bom “ a pertinência da temática é oportuna”. Quanto aos contributos da acção foi referido pelos colegas: Actualização e aquisição de novos conhecimentos (37,5%); Apresentação de novas directrizes; Partilha de experiências; Discussão de casos práticos (37,5%); Melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente. Como sugestão foi ainda referida a criação de mais momentos de partilha.

Considero que em termos conclusivos a acção de formação foi considerada pelos formandos como um aspecto positivo à prestação de cuidados da pessoa de médio e alto risco internada na UCI do HCC, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na procura de ganhos em saúde.

ANEXO VI – Póster: Opções Terapêuticas na Úlcera de Pressão - HCC



ANEXO VII – Parecer à Sub-Comissão de Feridas do HCC

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**PARECER À SUB-COMISSÃO DE FERIDAS DO
HOSPITAL CURRY CABRAL**

**Estágio Unidade de Cuidados Continuados de Doentes Ventilados Crónicos do
Hospital Curry Cabral
27 de Setembro de 2010 a 19 de Novembro de 2010**

Aluno: Ana Paula da Costa Alves

Número de aluno: 192009134

Lisboa, Novembro de 2010

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

PARECER SOBRE EVENTAL ALTERAÇÃO À MONITORIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO ATRAVÉS DA ESCALA DE BRADEN EM DOENTES VENTILADOS CRÓNICOS

**Estágio Unidade de Cuidados Continuados de Doentes Ventilados Crónicos do
Hospital Curry Cabral**

27 de Setembro de 2010 a 19 de Novembro de 2010

Sob orientação de:

Enfermeiro orientador: Enf^a Chefe Maria Alexandra Ferreira

Enfermeiro Tutor: Professora Filipa Veludo

Aluno: Ana Paula da Costa Alves

Número de aluno: 192009134

Lisboa, Novembro de 2010

Exmos Senhores membros da Sub-Comissão de Feridas do Hospital Curry Cabral

Eu, Ana Paula da Costa Alves, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, venho por este meio contactá-los com a finalidade de colocar à vossa consideração a viabilidade e exequibilidade da minha proposta de alteração à monitorização da avaliação do risco de aparecimento da úlcera de pressão, através da Escala de Braden. Em virtude de me estar a debruçar sobre a temática e a considerar de extrema importância desde a sua essência – a prevenção, procurei a aquisição de novo conhecimento e parece-me pertinente uma sugestão de adequação à nossa prática de cuidados ao doente ventilado crónico. Proponho, portanto, que no doente ventilado crónico, uma reavaliação semanal nas primeira 4 semanas de internamento e posteriormente mensal ou sempre que haja uma alteração significativa clínica do doente. Esta sugestão baseia-se na minha prática de cuidados a estes doentes, que por ser crónico o seu internamento, mantêm a sua condição de vida por longa duração e por recomendação do Centro de Investigação de Úlceras de pressão (anexo I).

Grata por toda a vossa atenção e disponibilidade!

Com os votos de continuação de bom trabalho nesta área tão distinta da prestação de cuidados!

Os meus cumprimentos

Ana Paula Alves, UCCDVC da UCI do HCC

ANEXO I – Escala de Braden : Guião para a aplicação prática

“Escala de Braden – Guião para a aplicação prática”

“A escala de Braden é constituída por 6 dimensões: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de UPr e não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra:

- As seis sub-escalas recebem uma pontuação, conforme o comprometimento apresentado.
- Para avaliar cada uma das sub-escalas deve recorrer-se à definição dos parâmetros incluídos na escala.
- Esta pontuação varia de 1 a 4, excepto na sub-escala Fricção e Forças de deslizamento, que varia de 1 a 3.
- A soma das seis sub-escalas varia entre 6 e 23.
- Quanto menor o valor, maior será o comprometimento apresentado e, conseqüentemente, maior a exposição ao risco.
- Depois de avaliadas cada uma das seis sub-escalas somam-se as respectivas pontuações obtendo-se uma pontuação total, resulta assim o valor da Escala de Braden.
- O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:
 - **Alto Risco** – Pontuação ≤ 16
 - **Baixo Risco** – Pontuação ≥ 17

Recomenda-se que cada uma das seis sub-escalas devam ser analisadas individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.

Avaliação

A avaliação do risco deve ser desenvolvida imediatamente quando se recebe o paciente, com a recolha de dados a ocorrer durante o turno em que o paciente deu entrada, devendo apenas ser aceite informação acerca dos padrões nutricionais das últimas 24-48 horas da parte de acompanhantes ou familiares, e nunca do próprio paciente.

A sua aplicação deve ser sempre combinada com uma avaliação da pele e da sua integridade.

As informações relativas às restantes dimensões podem ser colhidas no turno de admissão do paciente.

Reavaliação

1. No doente hospitalizado deve ser adoptado um procedimento para a re-avaliação dentro de 48 horas ou sempre que haja uma alteração significativa na situação clínica do indivíduo (p.ex. transferência para a UCI, falência de órgão/sistema, septicémia, febre, instabilidade hemodinâmica, infecção urinária nos cuidados continuados).
2. Nos cuidados continuados a re-avaliação deve ser semanal nas primeiras 4 semanas e posteriormente mensal ou de 3 em 3 meses conforme o risco
3. Nos cuidados domiciliares a re-avaliação deve ser efectuada em cada visita.”

Consult. a 17 Out 2010. Disponível em:

<http://gaif.net/sites/default/files/Escala%20de%20Braden%20-%20gui%EF%BF%BDo%20de%20aplica%EF%BF%BD%EF%BF%BDo.doc>

ANEXO VIII – Protocolo Interdisciplinar de Nutrição Entérica - HCC

PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA: PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Objectivos:

1º ao 4º dia = kcal / 24 horas (20 kcal / kg/ dia) de dieta Polimérica Isocalórica: 1 kcal =1 ml
 5º e dias seguintes = kcal / 24 horas (25 kcal / kg/ dia) de dieta Polimérica Hiperclórica: 1,5 kcal =1 ml

Doente Diabético = AE
Diabética

PRESCRIÇÃO			ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO				
Peso kg	Kcal / 24h	DIETA	1ª 4 Horas	2ª 4 Horas	3ª 4 Horas até 4ª Dia	5ª dia e seguintes	Esquema de progressão
50-55	1050	Standart	15 ml/h	30 ml/h	44 ml/h	36 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 1
56-60	1150	Standart	15 ml/h	30 ml/h	48 ml/h	40 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 2
61-65	1250	Standart	15 ml/h	30 ml/h	52 ml/h	43 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 3
66-69	1350	Standart	15 ml/h	30 ml/h	56 ml/h	46 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 4
70-75	1450	Standart	20 ml/h	40 ml/h	60 ml/h	50 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 5
76-79	1550	Standart	20 ml/h	40 ml/h	64 ml/h	53 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 6
80-85	1650	Standart	20 ml/h	40 ml/h	69 ml/h	57 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 7
86-89	1750	Standart	25 ml/h	50 ml/h	73 ml/h	60 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 8
90-95	1850	Standart	25 ml/h	50 ml/h	77 ml/h	63 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 9
96-99	1950	Standart	25 ml/h	50 ml/h	81 ml/h	66 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 10
>100	2000	Standart	25 ml/h	50 ml/h	84 ml/h	70 ml/h Alta Energia	ESQUEMA 11

- Forma de administração continua no doente crítico
- Cabeceira elevada a 45º
- Verificar conteúdo gástrico de 4 em 4 horas

Conteúdo Gástrico

<250

Segue protocolo inicial
Se ≥ 100 cc Administrar
metoclopramida 1F EV 8/8h

>250 e <400

4 Débito para metade e alterar
para Dieta Completa Semi-
elementar

>400

Para a alimentação
Pôr em drenagem passiva
Avisar o médico

Adaptado do protocolo do Dr. Marinho, A. & Oliveira, M.G. (2007), H.S.A do Porto

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional; Área de Especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica. Aluna: Ana Paula Alves; Enf. Orientador: Chefe Alexandra Ferreira; Enf. Tutor: Prof. Filipa Veludo em articulação interdisciplinar com a Dr. Judite UCI HCC, Novembro de 2010

ANEXO IX – 1ª Curso de Nutrição Artificial Hospital Santo António Porto



I CURSO DO GNA - Nutrição Artificial: da teoria à prática

20, 21 e 22 - Setembro de 2010

Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Ana Paula de Costa Alves

participou no **Curso Nutrição no Doente Crítico**, com duração de **4 horas** e avaliação, realizado no Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António.



Grupo de Nutrição Artificial

Anibal Marinho
Coordenador do GNA

ANEXO X – Ordem de trabalhos da reunião multidisciplinar - HCC

REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR SOBRE A NUTRIÇÃO ENTÉRICA: ORDEM DE TRABALHOS

Convoco esta reunião com o objectivo de otimizar a prática da administração da nutrição entérica no doente de médio e alto risco, como contributo importante na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Estabeleço a seguinte ordem de trabalhos, de forma a organizar e dinamizar a reunião:

1. Renovar a importância da temática em causa: apresentar resultados de estudo realizado em Junho de 2009, na UCI – “Nutrição Entérica nos doentes ventilados em cuidados intensivos: que complicações?”
2. Percepção dos diferentes profissionais na implementação do actual protocolo de administração da nutrição entérica
3. Proposta de reformulação do protocolo de nutrição entérica e justificação
4. Sugestão de estratégias para melhoria das complicações da administração da nutrição entérica, por exemplo no caso da diarreia – eventual pedido de aquisição de formulação entérica para a diarreia (GI Control) e do actimel.
5. Propôr folha de registo de nutrição entérica da UCI para informatização
6. Auditoria ao protocolo?

Disponível para outras sugestões e partilha.

Grata pela disponibilidade.

Com os meus cumprimentos

Ana Paula Alves

2. Percepção dos diferentes profissionais na implementação do actual protocolo de administração da nutrição entérica

- Volume administrado diferente do volume prescrito
- Estase gástrica definição
- Prescrição da nutrição entérica e monitorização
- Prescrição do volume de água a administrar em cada doente?
- Procedimentos em caso de diarreia – não temos formulação entérica de alternativa

SUGESTÕES DE IMPLEMENTAÇÃO

- *Prescrição do objectivo nutricional para cada doente aquando a estabilização hemodinamica do doente e de acordo com as guidelines – inicio precoce 24 a 48h.*
- *Basearmo-nos na definição de um autor para estase gástrica a considerar no protocolo, por exemplo segundo as guidelines da ASPEN 2009: VRG 200-500cc - monitorizar*
- *Estabelecimento de metas quando um doente não tolera a nutrição entérica – para a implementação da nutrição parentérica em simultâneo com a entérica*
- *Em caso de diarreia – viabilidade de pedido do GI control ou semelhante*

3. Proposta de reformulação do protocolo de nutrição entérica e justificação

- Uniformização de procedimentos e ter em consideração outras realidades de UCI do País
- Esclarecimento do objectivo nutricional para cada doente em função do peso estimado (20 a 25 Kcal/Kg/dia)
- Aumento das necessidades de hidratos de carbono em função da melhoria hemodinamica do doente (hipermetabolismo para hipometabolismo)
- Divulgação aos diferentes profissionais de saúde – panfletos, informação informal nas passagens de turno/serviço ou outros
-

ANEXO XI – Guião da Entrevista - Subcomissão Nutrição Artificial do HL

GUIÃO DE ENTREVISTA de COLHEITA DE DADOS

Entrevistado: Enf^a Nélia Trindade que pertence à Comissão de Nutrição do Hospital da Luz

Objectivos:

- Identificar a forma como o entrevistado caracteriza o seu papel no seio de uma equipa multiprofissional em virtude aos cuidados nutricionais artificiais ao cliente/família internado ou de ambulatório;
- Caracterizar, na perspectiva do entrevistado, o levantamento de necessidades, planeamento de estratégias, sua implementação e avaliação dos cuidados nutricionais artificiais prestados ao cliente/família internado ou de ambulatório.

Questões:

1- Como é que caracteriza o seu papel no seio de uma equipa multiprofissional em virtude aos cuidados nutricionais artificiais ao cliente/família internado ou de ambulatório?

- Quando foi constituída a equipa;
- A importância da existência de uma comissão de nutrição no Hospital;
- O papel do enfermeiro integrado nesta equipa;
- O que o levou a aprofundar esta temática;

2- Como está organizada a prestação de cuidados nutricionais artificiais pelo enfermeiro no hospital, de forma a concretizar a melhor satisfação do cliente/família?

- O que existe;
- Em relação ao levantamento de necessidades do cliente/família em termos de cuidados nutricionais que instrumentos utilizam;
- Na prestação de cuidados que estratégias utilizam, em relação à administração de nutrição entérica;
- Como definem e implementam auditorias internas na área da nutrição.

3- Quanto aos profissionais que estratégias utilizam para promover o seu envolvimento e interesse face aos cuidados nutricionais artificiais, nomeadamente à nutrição entérica?

- Que intervenientes;
- Tipo de apoio;
- No Atendimento Médico Permanente – SO, não é frequente a administração de nutrição entérica, dadas as características do serviço. Considera importante a reflexão acerca desta temática neste contexto

ANEXO XII – Transcrição da entrevista - HL

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevistador: Como é que caracteriza o seu papel no seio de uma equipa multiprofissional em virtude aos cuidados nutricionais artificiais ao cliente/família internado ou de ambulatório?

Entrevistado: A comissão de nutrição artificial foi constituída mais ou menos na altura da abertura do Hospital da Luz, no primeiro trimestre de 2008. É constituída por um Enfermeiro, Dietista, Médico Intensivista, Cirurgião, Elemento da área da Gestão – Presidente e Farmacêutico.

A importância da existência de uma comissão de nutrição no hospital prende-se com a actividade assistencial organizativa, científica com desenvolvimento de actividades de investigação de características clínicas, bem como contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados nutricionais.

O papel do enfermeiro no seio da comissão é de extrema importância. É mais relevante ao nível da área da nutrição entérica, na supervisão da administração da nutrição entérica. Participa, também em reuniões/visitas conjuntas para avaliação do cliente com Alimentação Parentérica. E, tem importante papel, no incutir da alimentação artificial no Hospital da Luz e no ambulatório, na educação para a saúde ao cliente/família e na articulação com outros serviços. O enfermeiro emite parecer sobre as formulações de alimentação entérica e faz sugestões acerca de suplementos alimentares, bem como de equipamentos e consumíveis relacionados com a alimentação do cliente. Participa nas reuniões da comissão de 3/3 meses.

Entrevistador: Como está organizada a prestação de cuidados nutricionais artificiais pelo enfermeiro no hospital, de forma a concretizar a melhor satisfação do cliente/família?

Entrevistado: Existe um documento de nutrição artificial no cliente internado na Unidade de Cuidados Intensivos, que contempla as novas Guidelines de nutrição artificial, desde a importância da administração nutricional precoce, protocolo de administração de nutrição entérica, bem como actuação em caso de estase gástrica e norma de actuação de implementação da nutrição parentérica.

Em relação ao levantamento de necessidades nutricionais do cliente/família é a dietista que faz a avaliação nutricional do cliente internado e utiliza a escala NRS 2002, para avaliação do risco nutricional. Neste âmbito a Dietista e o médico fazem a prescrição. Estão definidos critérios para avaliação da evolução da tolerância do cliente e é realizado acompanhamento de cada cliente, individualizando os cuidados. Sempre que necessário a comissão reúne-se para avaliação. Na prestação de cuidados as estratégias que utilizam, em relação à administração de nutrição entérica, são administração intermitente ou por bólus na enfermaria e nos Cuidados Intensivos há um protocolo de administração contínua. De realçar que existem, a nível do hospital, poucos casos de clientes internados a necessitar de administração de nutrição artificial, dadas as características do hospital e dos clientes que usufruem dos seus cuidados.

Existem também, consultas de seguimento de nutrição realizadas pelo dietista e por um dos médicos da Unidade de Cuidados Intensivos.

Entrevistador: Quanto aos profissionais que estratégias utilizam para promover o seu envolvimento e interesse face aos cuidados nutricionais artificiais, nomeadamente à nutrição entérica?

Entrevistada: A comissão organiza um encontro anual sobre nutrição, que se encontra aberto ao exterior e que decorre por volta do dia mundial da alimentação, de forma a divulgar a importância desta temática aos profissionais.

NOTA: A Sr.^a Enfermeira Nélia Trindade preferiu que não procedesse à gravação da entrevista, pelo que transcrevi a entrevista baseada em apontamentos que tirei durante a mesma e em documentos que tive a oportunidade

ANEXO XIII – Análise da entrevista - HL

ANÁLISE DA ENTREVISTA – ENF^a NÉLIA TRINDADE DA COMISSÃO NUTRIÇÃO DO HOSPITAL DA LUZ

Mediante os objectivos de estágio delineados no projecto de estágio, tornou-se possível na realidade do Hospital da Luz concretizar uma entrevista à Sr.^a Enfermeira Nélia Trindade que integra a Comissão de Nutrição Artificial. Previamente à entrevista tracei dois objectivos e estruturei um guião de forma a clarificar o intuito da mesma. Foi também construída uma autorização para a realização da entrevista que garantisse a preservação de valores ético-deontológicos, o anonimato e a confidencialidade da mesma.

A entrevista decorreu no dia 3/12/2010, pelas 10h30min, sendo que a Sr.^a Enfermeira Nélia Trindade preferiu que não procedesse à gravação da mesma. Por este motivo, realizei a transcrição da entrevista baseada em apontamentos que tirei e em documentos que tive a oportunidade de consultar, no seu decurso.

Quanto ao objectivo: Identificar a forma como o entrevistado caracteriza o seu papel no seio de uma equipa multiprofissional em virtude aos cuidados nutricionais artificiais ao cliente/família internado ou de ambulatório; tenho a referir que há a salientar a importância do papel do enfermeiro no seio de uma equipa multiprofissional onde pode destacar a sua autonomia no cuidar nutricional ao cliente bem como a articulação com outros profissionais e serviços em prol do cliente e família, na área da nutrição. De destaque, também, a importância da gestão de recursos materiais e organização de eventos científicos de relevância que contribuam para o desenvolvimento da investigação e que envolvam os profissionais de saúde nesta área de tanto interesse na recuperação do cliente em toda a sua globalidade.

Em relação ao segundo objectivo que defini: Caracterizar, na perspectiva do entrevistado, o levantamento de necessidades, planeamento de estratégias, sua implementação e avaliação dos cuidados nutricionais artificiais prestados ao cliente/família internado ou de ambulatório, gostaria de destacar a organização e a clara definição de papéis de cada elemento no seio desta comissão. O levantamento de necessidades, neste caso a avaliação do estado nutricional do cliente é realizado pela Dietista com recurso a um instrumento de avaliação do risco nutricional. Quanto ao planeamento de estratégias e sua implementação, foi mencionado que há um protocolo de administração de nutrição entérica e parentérica, mais utilizados na Unidade de Cuidados Intensivos. Neste sentido, há reuniões de discussão de cada caso, de forma a

colmatar as necessidades individuais de cada cliente/família, através da avaliação dos cuidados nutricionais prestados.

Perante a entrevista realizada e mediante a minha observação como aluna de enfermagem de Especialidade Médico-cirúrgica e a minha experiência profissional na área, tenho a percepção da existência de uma Comissão de Nutrição Artificial, com objectivos definidos e finalidades claras, multidisciplinar, mas que em termos do estabelecimento de estratégias de implementação dos cuidados nutricionais, por parte do enfermeiro como dinamizador desta comissão, poderia ser melhorado. Isto porque, através da entrevista e da minha procura de documentação a nível informático de normas e procedimentos, considero que é restrita a informação escrita e protocolada aos profissionais acerca desta temática. Neste sentido e integrado no Manual da Direcção de Enfermagem; Procedimento do Serviço de Enfermagem encontram-se os seguintes procedimentos que eventualmente possam estar relacionados com a Nutrição Artificial: Procedimento nº 4 – Entubação Nasogástrica (Enfermeiros do HL); Procedimento nº 5 – Avaliação da glicemia capilar (Enfermeiros do AMP); Procedimento nº 8 – Cuidados com a preparação, administração e manutenção de alimentação parentérica (Enfermeiros da UCI); Procedimento nº 12 – Administração de Nutrição Parentérica (Enfermeiros do HL); Procedimento nº13 – Manutenção de Sonda Nasogástrica (Enfermeiros do HL). Constata-se, portanto, que os procedimentos são restritos face à monitorização da nutrição entérica, aspecto que em termos da nutrição artificial deveriam ser relevantes e de grande destaque, visto que esta é considerada pelas Guidelines Internacionais a primeira opção de administração pelas vantagens ao cliente face à administração por via parentérica. Associado aos factos supracitados e pelo estágio de prestação de cuidados que desenvolvo neste momento, pude observar que em casos de clientes com necessidades de administração entérica no SO do AMP, ainda há manifestas dificuldades e dúvidas por parte dos enfermeiros.

Vejo o papel do enfermeiro numa Comissão de Nutrição Artificial como interventivo e dinamizador no sentido da implementação de estratégias de avaliação e monitorização da prestação de cuidados nutricionais ao cliente/família e impulsionador desta área aos enfermeiros da prestação de cuidados.

De realçar que existem, a nível do hospital, poucos casos de clientes internados a necessitar de administração de nutrição artificial, dadas as características do hospital e dos clientes que usufruem dos seus cuidados. Este factor é, a meu ver, de extrema importância, visto que a prática de cuidados nutricionais entéricos ou parentéricos é

uma realidade pouco frequente pelo que possa ser uma área que necessite de maior investimento e clarificação para os enfermeiros. Daí que a implementação de protocolos de administração de nutrição artificial, nomeadamente a entérica, pudesse ser uma ferramenta para normalizar e monitorizar a prestação destes cuidados. Seria também pertinente o estabelecimento de instrumentos de avaliação do risco nutricional e determinação da sua aplicabilidade, sendo isto clarificado ao enfermeiro, proporcionando assim o seu envolvimento nas decisões da administração da nutrição.

Uma estratégia valiosa no envolvimento dos profissionais nesta área temática é a realização e organização, por parte da comissão, de um encontro anual sobre a nutrição, que se torna uma ferramenta imprescindível para a discussão e reflexão dos cuidados nutricionais ao cliente/família no contexto do Hospital da Luz.

Gostaria, portanto, de salientar o contributo desta entrevista no sentido do diagnóstico da realidade desta instituição face à temática da nutrição artificial, o que me permitiu auscultar as possíveis áreas de intervenção e aspectos em que pudesse deixar o meu contributo na prática dos cuidados. Portanto, foi importante conhecer a realidade e as necessidades a nível macroscópico dos cuidados nutricionais ao cliente/família e direccionar a minha intervenção, em termos micro, enquanto aluna da Especialidade a estagiar no AMP, na tentativa de iniciar o caminho da melhoria da qualidade dos cuidados nutricionais prestados.

ANEXO XIV – Exposição “Nutrição Entérica no contexto do AMP do HL”

NUTRIÇÃO ENTÉRICA NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO MEDICO PERMANENTE DO HOSPITAL DA LUZ

Elaborado por: Ana Paula Alves

Sob orientação de:

Enfermeiro Orientador – Sílvia de Castro

Enfermeira Coordenadora AMP – Ana Santos Pereira

Enfermeiro Tutor – Filipa Veludo

Lisboa, Janeiro de 2011

OBJECTIVOS

- **Reflectir acerca da importância da nutrição entérica no cuidar do cliente de médio e alto risco no AMP;**
- **Relembrar aspectos importantes na implementação e monitorização da nutrição entérica**

Sumário

- **Porquê? Nutrição Entérica no AMP?**
- **Nutrição no cliente de médio e alto risco no SO**
- **Nutrição Entérica:**
 - **Vantagens**
 - **Indicações**
 - **Contra-indicações**
 - **Administração**
 - **Fórmulas**
 - **Complicações**
- **Registos de enfermagem – Linguagem CIPE**
- **Sugestões à Equipa de Enfermagem do AMP**
- **Referências Bibliográficas**

Porquê? Nutrição Entérica no AMP?

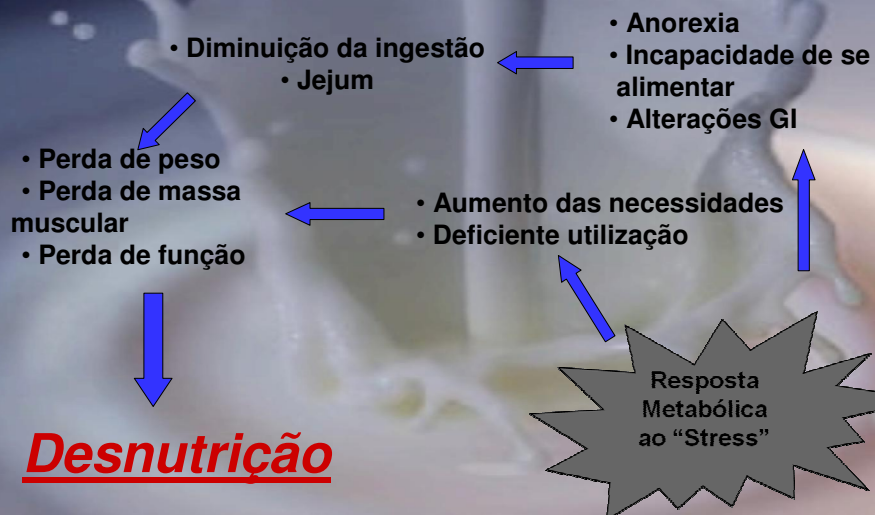
- **Existe uma Comissão de Nutrição Artificial no HL;**
- **É uma área da prestação de cuidados pouco frequente no cuidar do cliente no SO do AMP, dadas as características da instituição, daí exigir maior investimento;**
- **Nas Guidelines Internacionais preconiza-se que a NE seja a opção prioritária.**

Nutrição no cliente de médio e alto risco no SO



In: www.google.pt

Nutrição no cliente de médio e alto risco no SO



Nutrição no cliente de médio e alto risco no SO

Resposta Metabólica ao trauma, stress e doenças hipermetabólicas

→ ↑ da concentração de:
catecolaminas, cortisol,
glucagon

→ Alterações do metabolismo de
gordura e hidratos de carbono

→ ↑ da proteólise muscular

→ ↑ da degradação protéica

→ pode deprimir a função
imunológica humoral e
celular

→ Alteração de permeabilidade
da mucosa intestinal

→ *↑ infecções oportunistas, sepsis, morbidade e mortalidade*

Nutrição no cliente de médio e alto risco no SO

Objectivo: fornecimento de nutrientes em quantidades e proporções tais que permitam uma normal actividade celular



Metabolismo celular normal

Reparação tissular

Imunocompetência

Manutenção funcional de órgãos e sistemas

Nutrição no cliente de médio e alto risco no SO

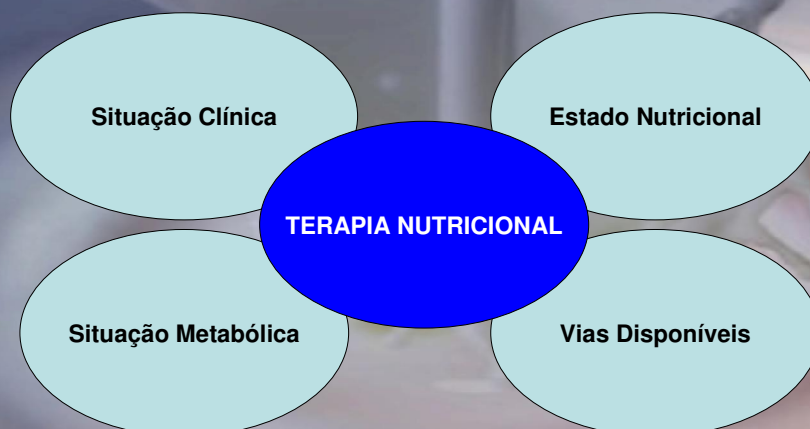
Suporte Nutricional adequado às necessidades individuais

- Redução da morbidade associada à malnutrição;
- Diminuição do tempo de internamento;
- Melhorias no balanço azotado, cicatrização e função imunitária;
- Optimização de sistemas celulares antioxidantes;
- Diminuição da resposta hipermetabólica;
- Preservação da mucosa intestinal;

Túbal, V. 2003 – Avaliação da Prática de Nutrição Entérica como Suporte para Melhorar a Qualidade, Serviço de Alimentação, Hospital Joaquim Fernandes, Beja, APNEP;

Nutrição no cliente de médio e alto risco no SO

Dimensões do Suporte Nutricional ao Cliente

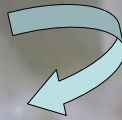


AVALIAÇÃO NUTRICIONAL



Terapia nutricional - Planeamento

- Quem? – avaliação nutricional
- Quando? - Guidelines
- Como? – que via
- Com o quê?



- Explicar ao cliente e família a NE / NP
- Segurança e confiança



Fonte: UCI HCC Março 2008

Avaliação Nutricional

Cálculo das necessidades energéticas:

- Fórmula Harris Benidict (Kcal/d)
 - Gasto energético total:
 - ♂ » $66.5 + (13.8 \times P) + (5 \times A) - (6.8 \times I)$
 - ♀ » $655,1 + (9.6 \times P) + (1,9 \times A) - (4,7 \times I)$
- Segundo a OMS, Recomendações Europeias e Americanas:
 - » 20-30 Kcal /Kg peso/dia
 - » 0.8 - 1.6g de proteínas/kg de peso/dia
 - » 0.8- 1.5 g de lipidos/kg de peso actual/dia
 - » 2 – 5 g de hidratos de carbono/Kg de peso actual/dia
 - » 20-50ml água / kg de peso actual /dia
 - » Electrólitos
 - » Vitaminas
 - » Oligoelementos

Nutrição Entérica

- Diagnóstico
- Antecedentes pessoais
- Estado geral (diarreia, estase gástrica, distensão abdominal, úlceras de pressão...)
- Avaliação Nutricional - Estado de nutrição



Seleção da fórmula a prescrever

- Composição calórica
- Relação calorias não proteicas/g de N
- Osmolaridade

NE 1ª Opção – Porquê?

- **Previne a atrofia da mucosa intestinal**
 - modulando a renovação das células intestinais;
 - estimulando a corrente sanguínea;
 - estimulando a secreção hormonal (colecistoquinina e gastrina)
- **Previne a translocação bacteriana**
 - uma mucosa íntegra previne translocações de concentrações elevadas de bactérias e endotoxinas

Bordalo ML, Rev. Port. Med. Int. (8), n.º1, Jun1999
MacFie, J, Nutrition, (16) n.º7/8, 2000

NE 1ª Opção – Porquê?

- **Permite a satisfação das necessidades nutricionais, incluindo as de micronutrientes**
- **Reduz a incidência de complicações sépticas**
 - **diminui o risco de infecção de catéteres centrais**
 - **aumento da segregação de IgA**

Bordalo ML, Rev. Port. Med. Int. (8), n.º1, Jun1999
MacFie, J, Nutrition, (16) n.º7/8, 2000

Nutrição Entérica: Indicações por doença/situação Clínica específicos ESPEN 2006

- **Cuidados intensivos**
- **Cirurgia**
- **Transplante de órgãos**
- **Oncologia não cirúrgica**
- **Doença de Crohn**
- **Colite Ulcerosa**
- **Doença de pâncreas/Fígado/Rim**
- **Doenças infecciosas**
- **Insuficiência Cardíaca**
- **DPOC**

Contra-Indicações para NE: ESPEN 2006

Gastrointestinais:

- Obstrução intestinal/Ileus
- Isquemia intestinal
- Peritonite
- Náuseas/Vômitos
- Mal absorção

Contra-Indicações para NE: ESPEN 2006

Metabólicas:

- Cetoacidose Diabética
- Coma Diabético
- Coma Hepático

Contra-Indicações para NE: ESPEN 2006

Circulatórias:

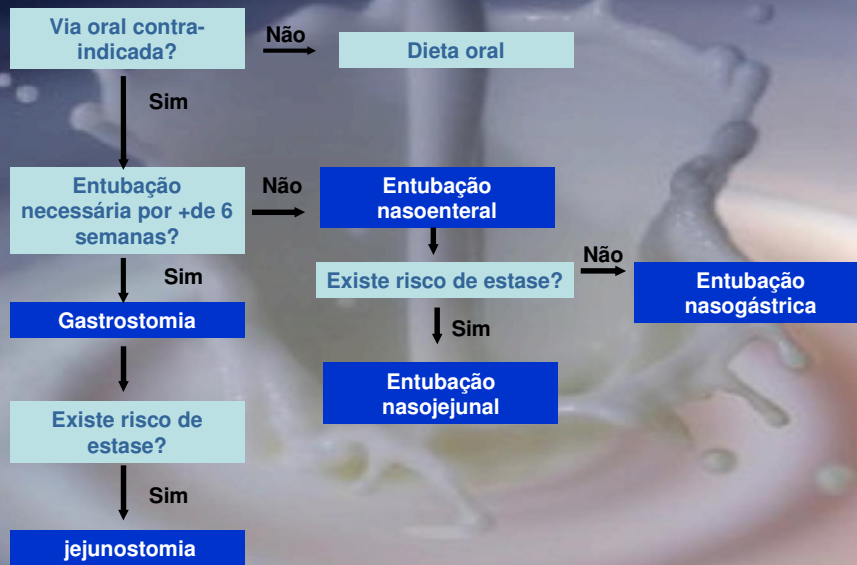
- Insuficiência cardíaca aguda grave
- Shock de qualquer causa

Nutrição Entérica

Contra-indicações relativas e como resolver:

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. Ausência de ruídos hidroaéreos | 1. Habitualmente toleram nutrição |
| 2. Distensão abdominal | 2. Suspender nutrição se distensão marcada e com sintomatologia; parar lactulose e iniciar dimeticone |
| 3. Curarizantes | 3. Habitualmente toleram nutrição |
| 4. Estase gástrica | 4. Rever terapêutica, procinéticos, sonda jejunal |
| 5. Diarreia | 5. Rever terapêutica, antidiarreicos, modificar nutrição |
| 6. Patologia gastrointestinal alta | 6. Colocar sonda jejunal |
| 7. Pancreatite | 7. Colocar sonda jejunal |

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO



VIAS DE ADMINISTRAÇÃO



In: www.google.pt

Nutrição Entérica

- Necessidade de período de adaptação em doentes gravemente desnutridos (“*refeeding syndrome*” ou s. de realimentação)
- Formas de administração:

BÓLUS ⇒ injeção rápida de 100-300ml, 4-6 x dia } Clientes estáveis
INTERMITENTE ⇒ faz pausa nocturna ou diurna }
CONTÍNUA ⇒ gota a gota durante 24h – Clientes instáveis

Canadian Guidelines; ASPEN e ESPEN

- **Início precoce vs tardio da AE:**
Deve-se iniciar AE no período **24-48h** pós estabilização do doente
- **AE vs APT?**
Sempre que possível recomenda-se o uso de **alimentação entérica** relativamente à parentérica

Canadian Guidelines; ASPEN e ESPEN

Estratégia para minimizar os riscos da AE:

- Utilização de pró cinéticos (estase gástrica superior a 250ml)
- Elevação da cabeceira a 45°
- Posicionamento da via de administração ao nível do Intestino delgado (casos especiais!)

Cuidados na Administração

- Verificar a aparência da fórmula e agitar antes de usar;
- Não diluir ou adicionar fármacos;
- Conservar em local fresco e seco;
- Verificar a validade;
- Depois de aberto colocar no frigorífico até 24h;
- A quantidade não administrada deverá ser rejeitada ao fim de 24h (anotar data e hora);
- Administrar à temperatura ambiente;

Cuidados na Administração

- Substituir o sistema de alimentação cada 24h (recomendo hora fixa);
- Substituir seringa de alimentação cada 24h ou em SOS;
- Iniciar a AE lentamente e aumentar progressivamente;
- Verificar posicionamento da SNG;
- Avaliar o peso;
- Avaliar o conteúdo gástrico;
- Registrar complicações.

Monitorização da NE

- Administração da dieta
- Balanço hídrico
- Testes laboratoriais
- Estado Nutricional
- Estado Funcional



Fonte: UCI HCC Março 2008

Fórmulas Entéricas: CRITÉRIOS DE SELECÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

- Tipo e quantidade de proteína
- Densidade calórica
- Osmolaridade
- Tipo e quantidade de gordura, teor em lactose, teor em fibra...

Tipos de fórmulas

	Características	Tipo de produto	Indicações terapêuticas
POLIMÉRICAS (proteínas intactas)	<ul style="list-style-type: none"> • Homogeneizado de substratos semelhantes à dieta normal • Baixa osmolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> • Standard • Enriquecidas em fibra • Energéticas • Hiperproteicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstipação • Diarreia • ↑ Aporte calórico e/ou proteico
OLIGOMÉRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Formulas completas com AA e péptidos de cadeia curta • Maior osmolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> • Elementar (aa livres) e semi-elementar (di e tri-péptidos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de má absorção • Pancreatite aguda
ESPECIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrientes específicos • Imunonutrição 	<ul style="list-style-type: none"> • aa aromáticos, hipoproteica,... • arginina, glutamina, rna, Ω3 	<ul style="list-style-type: none"> • hepática/renal Diabetes • Imunodeficiência Dte Crítico...

Fórmulas Entéricas: DENSIDADE CALÓRICA

- **Hipocalóricas** (0,5 >Kcal/ml)
 - Ex: pré-nutrison
- **Isocalóricas** (1Kcal/ml)
 - Ex: nutrison St; fresubin St; nutricomp
- **Hipercalóricas** (> 1Kcal/ml)
 - Ex: nutrison energy, isosource energy, fresubin energy

Fórmulas Entéricas: OSMOLARIDADE

- **Hipotónica**
 - Ex: pré-nutrison
- **Isotónica** (200 – 300 Osm/l)
 - Ex: Nutrison St, Isosource St, Fresubin ST
- **Hipertónicas**
 - As hipercalóricas e/ou hiperprotéicas (atenção ao estado de hidratação)

FÓRMULAS DISPONÍVEIS NO HL

Código do produto	Designação	Nome comercial
F000000938	Dieta completa Normalizada polimérica 500ml	Nutrison / Fresubin original
F000000933	Dieta completa com enriquecimento calórico, hipercalórico 500ml	Nutrison energy / Fresubin energy
F000001332	Dieta hiperproteica 500ml	Isosource protein / Fresubin HP energy
F000001329	Dieta completa com enriquecimento em fibra solúvel 500ml	Novasource GI control
F000000934	Dieta completa modificada por enriquecimento em fibras 500ml	Nutrison multifibre / Fresubin Original Fibre
F000000931	Dieta completa diabetes 500 ml	Nutrison Dison

Gentilmente cedido pela Sr^a Farmacêutica Joana Rodrigues HL extensão:11391

FÓRMULAS DISPONÍVEIS NO HL

Nome comercial	Designação	Indicações: Clientes com...
Nutrison / Fresubin original	Dieta Completa Normalizada Polimérica	Patologias relacionadas com a malnutrição
Nutrison energy / Fresubin energy	Dieta completa com enriquecimento calórico e normoproteica	Necessidades aumentadas de energia ou necessidade de restrição hídrica
Isosource protein / Fresubin HP energy	Dieta hipercalórica e hiperproteica	Necessidades aumentadas de energia e calorias
Novasource GI control	Dieta completa com enriquecimento em fibra solúvel	Diarreia aguda e/ou crónica
Nutrison multifibre / Fresubin Original Fibre	Dieta completa modificada por enriquecimento em fibras	Obstipação
Nutrison Dison	Dieta completa diabetes	Diabetes Mellitus ou hiperglicémia

FÓRMULAS DISPONÍVEIS NO HL

FÓRMULAS ENTÉRICAS									
COMERCIAL	Vol.	Kcal	Prot. g	Lip g	H.C.	K+	Lact.	Fibra	mOsmol/L
Dieta Entérica Completa Normalizada Polimérica sem Sabor de 500cc									
Fresubin Original	500ml	100	3,8	3,4	13,8g	125 mg	< 0,01g	0	220
Dieta Entérica Completa Enriquecida em Fibra Insolúvel sem Sabor de 500cc									
Fresubin Original Fibre	500ml	100	3,8	3,4	13,8g	133mg	<0,01g	1,5g	285
Dieta Entérica Completa Enriquecida em Calorias e Proteínas sem Sabor de 500cc									
Fresubin HP Energy	500ml	150	7,5	5,8	17g	234mg	0,06g	0	300
Dieta Entérica Completa Normalizada Polimérica com Fibra Solúvel com Sabor com sacarose									
Novasource GI Control	500ml	106	4,12	3,5	14,4g	135mg		2,16g	324
Dieta Entérica Completa Normalizada Polimérica com fibra solúvel com sabor sem sacarose									
Nutrison Diason	500ml	100	4,3	4,2	11,3	150	<0,006	1,5	300
Dieta Entérica Completa Enriquecida em Calorias, hipercalórico									
Nutrison energy	500ml	150	6,0	5,8	18,5	201	<0,025		385

Complicações da NE

- **Relativas à sonda:**
 1. Colocação incorrecta (árvore brônquica)
 2. Obstrucção
 3. Perfuração de víscera oca
 4. Gastrite, esofagite, agravamento de RGE
- **Aspiração** ⇔ sondas de pequeno calibre + cabeceira a 30° + evitar estase + vigilância!
- **Diarreia e obstipação**
- **Estase gástrica**
- **Dores / distensão abdominal / náuseas / vômitos**

Complicações mais frequentes da NE

ESTASE GÁSTRICA

Recomendações/Guidelines para a NE (Practice Guidelines for Nutrition Support)*

- Em Clientes com alto risco de intolerância à NE: sob inotrópicos, sedativos, em risco de regurgitação e/ou aspiração; deverão encontrar-se em posição de semi-fowler e administrar alimentação lentamente.

* In: www.criticalcarenutrition.com

Complicações mais frequentes da NE

ESTASE GÁSTRICA

Recomendações/Guidelines para a NE (Practice Guidelines for Nutrition Support)*

- Deverá ser considerado como estratégia para otimizar a NE em Clientes críticos adultos:
 - protocolo que inclua pró-cinéticos (ex: metoclopramida);
 - volume residual gástrico de 250ml.

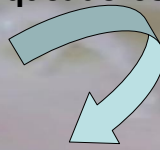
* In: www.criticalcarenutrition.com

Complicações mais frequentes da NE

Diarreia:

A NE raramente causa diarreia. A maioria dos casos deve-se a:

- Infecções
- Medicação: AB, sorbitol (reveste vários medicamentos, por ex: teofilina), anti-ácidos, quinina, digoxina, vasoactivos, citostáticos, AINE, broncodilatadores, bloqueadores, entre outros.
- Hipoalbuminémia.



AE com maior conteúdo de fibra solúvel

Controlo da diarreia com NE:

- Se em sistema de bólus, passar para débito contínuo
- Alterar fórmula para GI Control
- Diminuir temporariamente o ritmo de infusão
- Evitar contaminação bacteriana (mudar os sistemas 24/24h)
- Rever prescrições (procinéticos, antibióticos, antiácidos, atropina...)
- Excluir infecções gastrointestinais (coproculturas, pesquisa de *Clostridium difficile*)

Registos de Enfermagem: SORIAN Linguagem CIPE

d) NUTRIÇÃO/ DIGESTÃO

- (D) Avaliar conteúdo gástrico e características (registo obs.)
- (D) Avaliar glicémia capilar (glicémia)
- (D) Vigiar náuseas e vômitos
- (D) Vigiar reflexo de deglutição
- (D) Observar as características das fezes
- (D) Medir altura (SV)
- (D) Pesar (SV)

Registos de Enfermagem: SORIAN Linguagem CIPE

d) NUTRIÇÃO/ DIGESTÃO

- (E) Executar lavagem gástrica
- (E) Inserir sonda gástrica
- (E) Remover sonda gástrica
- (E) Trocar sonda gástrica
- (E) Alimentar por gastrostomia
- (E) Alimentar por sonda gástrica
- (E) Inserir sonda rectal
- (E) Providenciar fralda

Registos de Enfermagem: SORIAN Linguagem CIPE

d) NUTRIÇÃO/ DIGESTÃO

- (G) Iniciar jejum
- (G) Aplicar enema
- (I) Observar as características do vômito
- (I) Observar Características do vômito
- (I) Registrar o conteúdo gástrico (BH)
- (I) Registrar líquidos ingeridos (BH)
- (I) Registrar padrão alimentar (registro obs.)
- (I) Instruir nos cuidados à região perianal
- Texto livre

Sugestões à Equipa de Enfermagem do AMP

- Criar Elos de ligação em articulação com Comissão Nutrição Artificial do HL;
- Elaboração de um protocolo de nutrição entérica multidisciplinar.

Let's TRY to Follow the Guidelines!



Jim Rider / South Bend Tribune

Sites úteis para consulta:

- ASPEN: www.nutritioncare.org/
- ESPEN: www.espen.org/
- APNEP: www.apnep.pt/



BIBLIOGRAFIA

Avaliação Nutricional no doente crítico:

- Ravasco P, Camilo ME, Gouveia-Oliveira A, Adam S, Brum G. A critical approach to nutritional assessment in critically ill patients. Clin Nutr 2002; 21(1):73-77.
- Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. JPEN 1987;11(1):8-13.
- Shopbell JM, Hopkins B, Shronts EP. Nutrition screening and assessment. In: Gottschlich MM, editor. Dubuque, Iowa: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition;2001.p.107-140.
- M.I.T.D. Correia. Nutritional assessment of intensive care unit patients. In: Pichard C, Kudsk KA, editors. From nutritional support to pharmacologic nutrition in the ICU. Berlin: Springer; 2000. p.179-90.

Cálculo das Necessidades Nutricionais no doente crítico:

- Kreymann KG, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care. Clin Nutr 2006; 25:210-23. <http://www.espen.org/education/documents/ENICU.pdf>
- Jolliet P, et al. Enteral nutrition in intensive care patients: a practical approach. Intensive Care Med 1998; 24:848-59.



BIBLIOGRAFIA

Vias de Administração e Complicações associadas à nutrição no doente crítico:

- Heyland DK et al. Canadian Clinical Practice Guidelines for Nutrition Support in Mechanically Ventilated, Critically Ill Adult Patients. JPEN 2003; 27: 355-73.
- Gramlich L et al. Does enteral nutrition compared to parenteral nutrition result in better outcomes in critically ill adult patients? a systematic review of the literature. Nutrition 2004; 20: 843-48.
- Simpson F et al. Parenteral vs. enteral nutrition in the critically ill patient: a meta-analysis of trials using the intention to treat principle. Intensive Care Med 2005; 31: 12-23.
- Marik P, Zaloga G. Gastric versus post-pyloric feeding: a systematic review. Critical Care 2003; 7: R46-R51.
- Marik P, Zaloga G. Early enteral nutrition in acutely ill patients: A systematic review. Crit Care Med 2001; 29: 2264-70.
- Montejo J et al. Enteral nutrition-related gastrointestinal complications in critically ill patients: a multicenter study. Crit Care Med 1999; 27: 1447-53.
- Taylor, Clire. Nutrition – Why choose the enteral route? Word of Irish Nursing, 11 (2) 35-36, February 2003
- Van Den Berghe G et al.. Intensive insuline therapy in critically ill patients. N Engl J Med 2001, 345: 1359-67.
- Van den Berghe G et al. Intensive insulin therapy in the medical ICU. N Engl J Med 2006; 354: 449-61.
- Dhaliwal R et al.. Combination enteral and parenteral nutrition in critically ill patients: harmful or beneficial? A systematic review of the evidence. Intensive Care Med 2004; 30: 1666-71.
- Kreymann, K Georg . Early nutrition support in critical care: a European perspective. Nutrition and the intensive care unit. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 11(2):156-159, March 2008.
- [ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation](#) -Clinical Nutrition (2006) 25, 224–244
- Mentec, H, Dupont, H, Bocchetti, M, et al. Upper digestive intolerance during enteral nutrition in critically ill patients: frequency, risk factors, and complications. Crit Care Med 2001; 29:1955.
- Serrumbia, A. (2000). Administração de fármacos por sonda nasogástrica. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, Vol 9, N.1 in: <ftp://ftp.spici.org/revista/Portugues/rev91/gastrica.pdf>
- Rosa, I., (2005). Nutrição Entérica em Cuidados Intensivos – artigo de revisão, Jornal Português de Gastreenterologia, vol.12, pp.204-210;
- Parrish, C.; McCray, S., 2003-Enteral Feeding: Dispelling Myths, Practical Gastroenterology, series 9, p.33-50

ANEXO XV - Procedimento de Enfermagem: Cuidados de Enfermagem com a
preparação, administração e monitorização da nutrição entérica HL

PROCEDIMENTO N.º X

Política n.º

Prestação de Cuidados

Ano 2011

1. **NOME:**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A PREPARAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTÉRICA

2. **OBJECTIVO:**

Uniformização das Intervenções de Enfermagem face ao cliente que necessita de nutrição entérica

3. **PARTICIPANTES:**

Enfermeiros do AMP

4. **NOTAS TÉCNICAS:**

A administração da nutrição entérica é um processo de administração de nutrientes e de água, através de uma sonda inserida no canal digestivo, sob a forma líquida. A NE é um método efectivo, seguro de tratamento nutricional e deverá ser a administração de eleição face à via parentérica, sempre que a condição do cliente o permitir. (Baseado nas Guidelines da ASPEN - American Society for Parental and Enteral Nutrition e ESPEN – The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)

Objectivo :

- Prevenir e tratar a desnutrição
- Melhorar o prognóstico

O enfermeiro é responsável por:

- Redução dos riscos de contaminação na preparação e administração da fórmula entérica
- Prevenir e despistar complicações

Indicações para NE

- Alimentação oral inadequada por um período superior a 7 dias
- Presença ou risco iminente de desnutrição

Indicações por doença/situação clínica específicas:

- Cuidados intensivos
- Cirurgia
- Transplante de órgãos
- Oncologia não cirúrgica
- Doença de Crohn
- Colite Ulcerosa
- Doença de pâncreas/Fígado/Rim
- Doenças infecciosas
- Insuficiência Cardíaca
- DPOC

Contra-indicações para NE:

Gastrointestinais:

- ✓ Obstrução intestinal/Ileus
- ✓ Isquemia intestinal
- ✓ Peritonite
- ✓ Náuseas/Vômitos
- ✓ Mal absorção

Metabólicas:

- ✓ Cetoacidose Diabética
- ✓ Coma Diabético
- ✓ Coma Hepático

Circulatórias:

- ✓ Insuficiência cardíaca aguda grave
- ✓ Shock de qualquer causa

Formas de administração:

- **Em clientes estáveis hemodinamicamente:**

BÓLUS - injeção rápida de 100-300ml, 4-6 x dia

INTERMITENTE - faz pausa noturna ou diurna (se desmame de NE para dieta oral, por exemplo)

- **Em clientes instáveis hemodinamicamente:**

CONTÍNUA - gota a gota durante 24h; e deve-se iniciar nas primeiras 24 a 48h, após estabilização do cliente

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFA:

5.1. Material Necessário:

- Luvas não esterilizadas;
- Sonda nasogástrica;
- Seringa de alimentação;
- Fórmula determinada para o cliente;
- Sistema de administração adequado à fórmula;
- Máquina de administração da nutrição entérica;
- Copo;
- Estetoscópio;

- Adesivo;
- Saco colector/tampa;
- Compressas;
- Resguardo;
- Saco de vômito.

5.2. Procedimento:

CUIDADOS COM A FÓRMULA ENTÉRICA

- Verificar a aparência da fórmula e agitar antes de usar;
- Não diluir ou adicionar fármacos;
- Conservar em local fresco e seco;
- Verificar a validade;
- Depois de aberto colocar no frigorífico até 24h;
- A quantidade não administrada ao cliente, deverá ser rejeitada ao fim de 24h, de forma a evitar a contaminação bacteriológica da fórmula;
- Administrar à temperatura ambiente;
- Substituir o sistema de alimentação cada 24h (anotar data e hora);
- Substituir seringa de alimentação cada 24h ou em SOS.
- Conhecer o tipo de fórmulas entéricas existentes no HL e adequá-las às necessidades do cliente, cumprindo a prescrição médica e participando na tomada de decisão nutricional (Consultar AnexoI):

Tabela nº 1 – Indicações das Fórmulas Entéricas

Nome comercial	Designação	Indicações:
Nutrison / Fresubin original	Dieta Completa Normalizada Polimérica	Patologias relacionadas com a malnutrição
Nutrison energy / Fresubin energy	Dieta completa com enriquecimento calórico e normoproteica	Necessidades aumentadas de energia ou necessidade de restrição hídrica
Isosource protein / Fresubin HP energy	Dieta hipercalórica e hiperproteica	Necessidades aumentadas de energia e calorias
Novasource GI control	Dieta completa com enriquecimento em fibra solúvel	Diarreia aguda e/ou crónica
Nutrison multifibre / Fresubin Original Fibre	Dieta completa modificada por enriquecimento em fibras	Obstipação
Nutrison Diason	Dieta completa diabetes	Diabetes Mellitus ou hiperglicémia

NA ADMINISTRAÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTÉRICA

- Proceder à higienização das mãos e utilização de técnica limpa, em todo o procedimento, conforme as guidelines e as indicações da Comissão de Infecção;
- Explicar ao cliente o procedimento e a sua necessidade;
- Conhecer os antecedentes pessoais, nomeadamente a patologia da diabetes e o controlo de glicemias;
- Avaliar o peso e altura, sempre que possível;
- Vigiar glicemia capilar: Ver Procedimento nº5 da Prestação de Cuidados – Avaliação da glicemia capilar;
- Posicionar o cliente, de forma confortável e com cabeceira elevada a 30°;
- Realizar cuidados de higiene oral e nasal sempre que necessário;
- Proceder à entubação nasogástrica se pertinente: Ver Procedimento nº4 da Prestação de Cuidados – Entubação Nasogástrica)
- Manutenção da permeabilidade e correcto posicionamento da sonda;
- Optimizar sonda gástrica;
- Iniciar a AE lentamente e aumentar progressivamente, conforme prescrição médica;
- Avaliar conteúdo gástrico de 4/4h nas 1^{as} 48h (se volume residual gástrico <200ml durante 48h pode-se espaçar a sua avaliação para 8/8h): Ver Procedimento nº13 da Prestação de Cuidados – Manutenção da Sonda Nasogástrica);
- Administrar água (quantidade conforme prescrição e Balanço Hídrico), antes e após a administração de terapêutica com pelo menos 50cc, e com intervalo de 4 a 6h, quando se trata de alimentação continua.
- Observar a reacção do cliente durante a administração;
- Observar e comunicar se ocorrerem complicações da administração entérica, tais como: náuseas, vômitos, distensão abdominal, alteração do transit intestinal – obstipação ou diarreia, estase gástrica.
- Registrar:
 - Reacção do cliente;
 - Nível da sonda nasogástrica;
 - Características do conteúdo gástrico;
 - Tipo de formulação;
 - Forma de administração (bólus, intermitente ou contínua);
 - Incidentes ocorridos;

Complicações mais frequentes e estratégias de intervenção:

ESTASE GÁSTRICA (Recomendações /Guidelines para NE – Critical care nutrition)

- Em Clientes com alto risco de intolerância à NE: sob inotrópicos, sedativos, em risco de regurgitação e/ou aspiração; deverão encontrar-se em posição de semi-fowler e administrar alimentação lentamente.
- Protocolo de NE multidisciplinar que inclua pró-cinéticos (ex: metoclopramida);

- Avaliar conteúdo gástrico de 4/4h;
- Diminuir temporariamente o ritmo da administração da NE, se imprescindível;
- Volume residual gástrico superior a 500ml, colocar a sonda nasogástrica em drenagem passiva.

DIARREIA

- Se em sistema de bólus, passar para débito contínuo
- Alterar fórmula para GI Control
- Diminuir temporariamente o ritmo da administração da NE, se imprescindível;
- Evitar contaminação bacteriana (mudar os sistemas 24/24h)
- Rever prescrições (procinéticos, antibióticos, antiácidos, atropina...)
- Excluir infecções gastrointestinais (coproculturas, pesquisa de *Clostridium difficile*)

5.3. Intervenções autónomas de Enfermagem:

Foco: Actividade Motora

- (G) Restringir actividade física
- (E) Posicionar cliente
- (I) Instruir sobre posicionamento

Foco: Circulação/Temperatura

- (D) Avaliar Sinais Vitais

Foco: Nutrição/Digestão

- (D) Avaliar conteúdo gástrico e características (registo obs.)
- (D) Avaliar glicémia capilar (glicémia)
- (D) Vigiar náuseas e vômitos
- (D) Vigiar reflexo de deglutição
- (D) Medir altura (SV)
- (D) Pesar (SV)
- (E) Executar lavagem gástrica
- (E) Inserir sonda gástrica
- (E) Remover sonda gástrica
- (E) Trocar sonda gástrica
- (E) Alimentar por gastrostomia
- (E) Alimentar por sonda gástrica
- (G) Iniciar jejum
- (I) Observar as características do vômito
- (I) Observar Características do vômito
- (I) Registrar o conteúdo gástrico (BH)
- (I) Registrar líquidos ingeridos (BH)
- (I) Registrar padrão alimentar (registo obs.)
- Texto livre

Foco: Respiração

- (D) Observar sinais de dificuldade respiratória

Foco: Sensação/Reparação

- (D) Avaliar dor
- (D) Vigiar estado de consciência

Foco: Avaliação da Pessoa
- (A) Facilitar apoio espiritual

Data: Janeiro de 2011

Elaborado por: Ana Paula Alves

Aprovado por:

6. BIBLIOGRAFIA:

- Kreymann KG, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care. Clin Nutr 2006; 25:210-23.
<http://www.espen.org/education/documents/ENICU.pdf>
- Joliet P, et al. Enteral nutrition in intensive care patients: a practical approach. Intensive Care Med 1998; 24:848-59.
- Heyland DK et al. Canadian Clinical Practice Guidelines for Nutrition Support in Mechanically Ventilated, Critically Ill Adult Patients. JPEN 2003; 27: 355-73.
- Montejo J et al. Enteral nutrition-related gastrointestinal complications in critically ill patients: a multicenter study. Crit Care Med 1999; 27: 1447-53.
- Taylor, Clire. Nutrition – Why choose the enteral route? Word of Irish Nursing, 11 (2) 35-36, February 2003
- Kreymann, K Georg . Early nutrition support in critical care: a European perspective. Nutrition and the intensive care unit. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 11(2):156-159, March 2008.
- Rosa, I., (2005). Nutrição Entérica em Cuidados Intensivos – artigo de revisão, Jornal Português de Gastrenterologia, vol.12, pp.204-210;
- ASPEN: www.nutritioncare.org/
- ESPEN: www.espen.org/
- APNEP: www.apnep.pt/

ANEXO I – Composição das Fórmulas Entéricas existentes no Hospital da Luz e
Cálculo das necessidades energéticas de cada cliente

Composição das Fórmulas Entéricas existentes no Hospital da Luz e Cálculo das necessidades energéticas de cada cliente

Tabela nº2 – Composição nutricional das Fórmulas Entéricas

FÓRMULAS ENTÉRICAS									
COMERCIAL	Vol.	Kcal	Prot.	Lip.	H.C.	K+	Lact.	Fibra	mOsmol/L
Dieta Entérica Completa Normalizada Polimérica sem Sabor de 500cc									
Fresubin Original	500ml	100	3,8g	3,4g	13,8g	125 mg	< 0,01g	0	220
Dieta Entérica Completa Enriquecida em Fibra Insolúvel sem Sabor de 500cc									
Fresubin Original Fibre	500ml	100	3,8g	3,4g	13,8g	133mg	<0,01g	1,5g	285
Dieta Entérica Completa Enriquecida em Calorias e Proteínas sem Sabor de 500cc									
Fresubin HP Energy	500ml	150	7,5g	5,8g	17g	234mg	0,06g	0	300
Dieta Entérica Completa Normalizada Polimérica com Fibra Solúvel com Sabor com sacarose									
Novasource GI Control	500ml	106	4,12g	3,5g	14,4g	135mg		2,16g	324
Dieta Entérica Completa Normalizada Polimérica com fibra solúvel com sabor sem sacarose									
Nutrison Diason	500ml	100	4,3	4,2	11,3	150	<0,006	1,5	300
Dieta Entérica Completa Enriquecida em Calorias, hipercalórico									
Nutrison energy	500ml	150	6,0	5,8	18,5	201	<0,025		385

Cálculo das necessidades energéticas de cada cliente:

- ✓ 20-30 Kcal /Kg peso/dia
- ✓ 0.8 - 1.6g de proteínas/kg de peso/dia
- ✓ 0.8- 1.5 g de lípidos/kg de peso actual/dia
- ✓ 2 – 5 g de hidratos de carbono/Kg de peso actual/dia
- ✓ 20-50ml água / kg de peso actual /dia

ANEXO XVI – Póster: Cuidados de Enfermagem ao Cliente, na administração e monitorização da NE - HL

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE, NA ADMINISTRAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTÉRICA

Nome comercial/Código do produto	Designação	Indicação:
Nutrison / Fresubin original F000000938 	Dieta Completa Normalizada Polimérica	Patologias relacionadas com a malnutrição
Nutrison energy / Fresubin energy F000000933 	Dieta completa com enriquecimento calórico e normoproteica	Necessidades aumentadas de energia ou necessidade de restrição hídrica
Isosource protein / Fresubin HP energy F000001332 	Dieta hipercalórica e hiperproteica	Necessidades aumentadas de energia e calorias
Novasource GI control F000001329 	Dieta completa com enriquecimento em fibra solúvel	Diarreia aguda e/ou crónica
Nutrison multifibre / Fresubin Original Fibr F000000934 	Dieta completa modificada por enriquecimento em fibras	Obstipação
Nutrison Diason F000000931 	Dieta completa diabetes	Diabetes Mellitus ou hiperglicémia

Tabela nº 1 – Indicações das Fórmulas Entéricas existentes no HL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IMPRESCINDÍVEIS :

- Proceder à higienização das mãos;
- Explicar ao cliente o procedimento;
- Avaliar o peso e altura;
- Posicionar o cliente 30°;
- Optimizar sonda gástrica;
- Iniciar a AE lentamente e aumentar progressivamente, conforme prescrição médica;
- Avaliar conteúdo gástrico de 4/4h nas 1^{as} a 48h (se volume residual gástrico <200ml durante 48h pode-se espaçar a sua avaliação para 8/8h);
- Vigiar glicémia;
- Registos claros e precisos da tolerância do cliente.

Universidade Católica Portuguesa:

Curso de Mestrado em Enfermagem;

Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2009/11

Ana Paula Alves; Lisboa, Janeiro de 2011