



Daniela Magalhães **Relatório de Trabalho de Projeto**

*Papel do Enfermeiro na Nutrição e
Hidratação da Pessoa Internada e
seus Registos*

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação científica da Mestre Armandina Antunes

Agosto de 2015



Daniela Gomes Magalhães
N.º 140519024

Relatório de Trabalho de Projeto

*Papel do Enfermeiro na Nutrição e
Hidratação da Pessoa Internada e
seus Registos*

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação científica da Mestre Armandina Antunes

Setúbal, agosto de 2015

Ano Letivo 2014/2015

**DECLARAÇÃO DO(S)
ORIENTADOR(ES)**

Declaro que a Dissertação / Relatório / Projeto intitulada Papel do Enfermeiro na Nutrição da Pessoa Internada e seus Registos, do estudante Daniela Gomes Magalhães, n.º 140519024, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

Escola Superior de Saúde, 30-07-2015.

O(s) orientador(es),



(Armandina do Carmo Antunes)

*Estudar é um privilégio e só o seu esforço pessoal te
levará a conhecer pessoas e mundos que os
acomodados jamais conhecerão.*

Gabriel Habib

AGRADECIMENTOS

À instituição hospitalar que nos autorizou o desenvolvimento dos estágios e do projeto de intervenção em serviço que permitiu a aquisição de competências que nos caracterizam enquanto pessoa e enfermeira.

À Sr.^a Professora Mestre em Enfermagem Armandina Antunes pelas orientações preciosas, apoio e dedicação.

À Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica A.M. pela tutoria, colaboração, disponibilidade e orientação no caminho a percorrer.

Às Sr.^a Enfermeira chefe do local de estágio T.B. e à Sr.^a Enfermeira coordenadora do local de implementação do projeto de intervenção em serviço I.M. pela oportunidade e cooperação.

Aos meus colegas de trabalho pelo interesse e participação neste percurso.

Aos meus pais e irmã por estarem sempre presentes com palavras de coragem nos momentos difíceis deste caminho.

RESUMO

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a sua apresentação e discussão pública visa a obtenção do grau de Mestre nesta área científica. Este explicita através de um processo descritivo, de análise e de reflexão do percurso desenvolvido, a aquisição de competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crónica e paliativa e Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No âmbito dos estágios realizados desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço com recurso à metodologia de projeto, centrado numa oportunidade de melhoria e resolução de problemas, suportado pelo enquadramento teórico e pela Teoria de Faye Glenn Abdellah que norteou o trabalho, juntamente com os contributos dados pelo Modelo da Mudança da Prática Baseada na Evidência de Mary Rosswurm e June Larrabee. Com o tema “Papel do Enfermeiro na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e seus Registos”, clarificou e definiu o papel do enfermeiro nesta área e uniformizou as práticas, constituindo-se um projeto no âmbito da melhoria contínua da qualidade.

A reflexão das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica foi construtiva e enriquecedora, contribuiu para a consciencialização das capacidades adquiridas, por outro lado o projeto de intervenção em serviço concorreu fortemente para o desenvolvimento das competências referidas, tudo isto implicou um conhecimento aprofundado, suportado na evidência, num domínio especializado da área da enfermagem médico-cirúrgica, conducente com as competências e grau de Mestre.

Palavras-chave: Competências; Enfermagem médico-cirúrgica; Hidratação; Metodologia de trabalho de projeto; Nutrição.

ABSTRACT

This project work report is set within the context of the 4th Masters Course in Medical-Surgical Nursing, School of Health Sciences of the Polytechnic Institute of Setúbal and its presentation and public discussion aims to obtain a Master's degree in this scientific area. Through a descriptive process of analysis and reflection, we aim to explain the route developed for the acquisition of both Common and Specific skills of the Specialist Nurse in the care of the patient in chronic and palliative situation as well as the skills needed for the Master's degree in Medical-Surgical Nursing.

We developed an Intervention Project in Service (IPS) through the participation in several internships and using the project work methodology. The IPS was set as an opportunity for improvement and troubleshooting and was supported by Faye Glenn Abdellah's theory and Mary Rosswurm's and June Larrabe's work "*A Model for Change to Evidence-Based Practice*". Based on continuous quality improvement and entitled as "Role of the Nurse in the Hospitalized Patient's Nutrition and Hydration and its records", he clarified and defined the role of nurses in this area and standardized practices, becoming a project within the framework of continuous quality improvement.

The reflection of common and specific skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing was constructive and fruitful and contributed to the awareness of the skills acquired. On the other hand, the IPS strongly contributed to the development of these skills which, supported by a deep knowledge and evidence, conducted to a specialization in Medical-Surgical Nursing and to a Master's degree in the same field.

Keywords: Skills; Medical-surgical nursing; Hydration; Project work methodology; Nutrition.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CCIPRA – Comissão de Controlo de Infeção e Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos

CEE – Chefe de Equipa de Enfermagem

CME MC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CPLEE MC - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

ESPEN - European Society of Parenteral and Enteral Nutrition

GANDI – Grupo de Apoio Nutricional ao Doente Internado

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

IPS – ESS – Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Mg – miligramas

NOC – Norma de Orientação Clínica

NRS 2002 - Nutritional Risk Screening 2002

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PEI – Plano de Emergência Interno

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCIC – Unidade de Cuidados Intermédios Coronários

ÍNDICE

	p.
0. INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	34
3.1 Caracterização do serviço	34
3.2 Justificação da problemática	35
3.3 Diagnóstico de situação	36
3.3.1 Caracterização da amostra	37
3.3.2 Aplicação de questionário	38
3.3.3 Entrevista semiestruturada	41
3.3.4 Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral	41
3.3.5 Determinação de prioridades	42
3.3.6 Objetivos	43
3.4 Planeamento do projeto	44
3.4.1 Atividades e estratégias planeadas	44
3.5 Execução do projeto	47
3.6 Avaliação do projeto	51
4. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚGICA	56
4.1 Competências comuns do enfermeiro especialista	56
4.1.1 A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	57
4.1.2 B – Domínio da melhoria da qualidade	59
4.1.3 C – Domínio da gestão dos cuidados	62
4.1.4 D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	64
4.2 Competências específicas do enfermeiro especialista	66
4.2.1 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica	67
4.2.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa	79
5. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	84
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
BIBLIOGRAFIA	95
APÊNDICES	
1. <i>Pedido de autorização à diretora do serviço de gastroenterologia: diagnóstico</i>	108

2. <i>Pedido de autorização à enfermeira coordenadora do serviço de gastroenterologia: diagnóstico</i>	110
3. <i>Questionário</i>	112
4. <i>Análise dos questionários</i>	114
5. <i>Entrevista semiestruturada</i>	118
6. <i>Análise das entrevistas semiestruturadas</i>	120
7. <i>Registos – Sistema de apoio à prática de enfermagem</i>	122
8. <i>Planeamento do projeto de intervenção em serviço</i>	125
9. <i>Cronograma inicial</i>	134
10. <i>Resultados da análise de conteúdo dos questionários e das entrevistas semiestruturadas</i>	138
11. <i>Plano da ação de formação</i>	145
12. <i>Questionário avaliativo da ação de formação</i>	148
13. <i>Questionário avaliativo da ação de formação: corrigenda</i>	152
14. <i>Registos de enfermagem: alterações</i>	156
15. <i>Placa reforço hídrico e graduação de jarro de água</i>	159
16. <i>Cronograma final</i>	161
17. <i>Guia do grupo focal</i>	165
18. <i>Consentimento informado esclarecido e livre para participantes do grupo focal</i>	168
19. <i>Relatório do grupo focal</i>	171
20. <i>Resultados da auditoria ao procedimento setorial</i>	176
21. <i>Planeamento do projeto de aprendizagem clínica</i>	180
22. <i>Lista de verificação sobre o risco e segurança</i>	189

ANEXOS

I. Os 21 problemas de enfermagem de Abdellah	192
II. Pedido de autorização à enfermeira diretora do hospital X: execução	194
III. Pedido de autorização à diretora do serviço de gastroenterologia: execução	196
IV. Pedido de autorização à coordenadora do serviço de gastroenterologia: execução	198
V. Procedimento setorial: “Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia”	200
VI. Artigo: “Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada – O Papel do Enfermeiro”	210

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório de trabalho de projeto com o tema “Papel do Enfermeiro na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e seus Registos” representa o culminar de um longo percurso iniciado em 2013 no 3º Curso de Pós - Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (CPLEE MC) do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde (IPS – ESS), e que se conclui agora com o término do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CME MC) do IPS-ESS, em que a sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e tem a finalidade de contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade (IPS-ESS, 2014).

Este traduz o caminho efetuado no CPLEE MC, que foi constituído por três estágios, para os quais foi proposto a elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), com o objetivo de proporcionar “aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho” (ESS-IPS, 2013, p.2), deste modo os estágios I, II e III, articulados entre si foram oportunidades privilegiadas de formação experiencial de aplicação dos suportes teóricos lecionados ao longo do 3º CPLEE MC, para a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e para a aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Situação de Doença Crónica e Paliativa.

Integra também o desenvolvido no CME MC que se exprime na continuidade do PIS de acordo com o planeamento efetuado e na explicitação da aquisição das Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica que refletem um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área em estudo com a demonstração de níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, decorrentes do conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (IPS-ESS, 2014).

Relatório é um trabalho escrito onde todo o processo de desenvolvimento do projeto é organizado de forma a produzir informação sistematizada e transmitir aprendizagens e ações realizadas durante o mesmo (Schiefer, Bal-Dobel & Batista, 2006), representando uma reflexão do caminho percorrido, quer a nível pessoal como profissional, sendo uma mais-valia por sistematizar todo o processo desenvolvido para a aquisição de competências.

Pretendemos com este trabalho explicitar a aprendizagem adquirida nos estágios I, II e III, que decorreram de 07 a 28/10/2013, de 04/11/2013 a 27/01/2014 e de 03/03 a 24/06/2014, respetivamente, no serviço de Especialidades Médicas da instituição que designaremos como hospital X de modo a manter a sua confidencialidade, sob a orientação da Mestre e docente do IPS – ESS Armandina Antunes e tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica do hospital X, do Serviço de Especialidades Médicas A.M..

O PIS foi desenvolvido sob a metodologia de projeto e de acordo com a prática profissional e competências do enfermeiro especialista, iniciando-se através da identificação de uma problemática no local de trabalho, serviço de Gastrenterologia do hospital X, com o tema *Papel do Enfermeiro na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e seus Registos*. Este constituiu um problema/oportunidade clínica de enfermagem médico-cirúrgica que promoveu essencialmente o desenvolvimento no âmbito da aquisição/aprofundamento das competências comuns do enfermeiro especialista através da concretização do seu diagnóstico e planeamento nos estágios I e II e da sua execução e avaliação no estágio III. Para o desenvolvimento do PAC foi efetuada uma consciencialização das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em situação de doença crónica e paliativa através de um planeamento executado nos estágios I e II para a sua aquisição/aprofundamento, que integrou entre outras atividades estágios de observação, e concretizado no estágio III.

O trabalho desenvolvido e aprendizagem adquirida concorreu e contribuiu para o culminar do projeto pessoal e profissional com a aquisição das Competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Assim a elaboração deste relatório tem como objetivos: contextualizar conceptual e teoricamente o tema do PIS; dar a conhecer o local onde se desenvolve o PIS; explicitar a

escolha da temática do PIS; apresentar de forma fundamentada e crítica as etapas do PIS; efetuar uma análise crítica e refletida sobre a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista; efetuar uma análise crítica e refletida sobre a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em situação de doença crónica e paliativa e efetuar uma análise crítica e refletida sobre a aquisição das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Uma preocupação constante ao longo deste relatório foi dar resposta aos objetivos do mesmo, assim como aos do CPLEE MC e CME MC, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde no processo de cuidar. Cuidar exige que os enfermeiros prestem cuidados de qualidade centrados na pessoa.

O presente relatório encontra-se dividido em 3 partes, a pré-textual, textual e pós-textual. A parte textual organiza-se em cinco capítulos: a Introdução (capítulo 0), que apresenta o âmbito do trabalho, relevância e objetivos; o capítulo 1 - Enquadramento conceptual, onde se encontra explicita a Teoria Faye Glenn Abdellah que norteou a prática desenvolvida juntamente com os contributos dados pelo Modelo da Mudança da Prática Baseada na Evidência de Mary Rosswurm e June Larrabee; o capítulo 2 – Enquadramento Teórico dá a conhecer os resultados da pesquisa bibliográfica realizada acerca da temática do PIS; o capítulo 3 – Projeto de Intervenção em Serviço explicita e fundamenta as etapas do PIS; o capítulo 4 – Aquisição das competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica que demonstra o alcançar das competências comuns e específicas do enfermeiro na área da especialidade referida; o capítulo 5 – Aquisição das competências de mestre que explana refletidamente a aquisição das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica; e por ultimo o capítulo 6 – Considerações finais que sintetiza os aspetos significativos do trabalho desenvolvido, a análise dos objetivos propostos e apresenta sugestões e limitações do mesmo.

Na parte pós-textual surgem as referências bibliográficas, baseadas na Norma Portuguesa (NP- 405), para além dos apêndices e anexos afetos ao presente documento.

Este trabalho foi redigido mediante as normas para a realização de trabalhos científicos do IPS - ESS e segundo o Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O crescimento da disciplina de Enfermagem está dependente da sistemática e contínua aplicação do conhecimento na prática e desenvolvimento de novos conhecimentos (Smith, 2008). A afirmação da enfermagem enquanto disciplina tem sido marcada por vicissitudes, parcialmente explicadas por se tratar de uma ciência nova (Lopes, 1999), assim para a sua afirmação é essencial que os enfermeiros estabeleçam a ponte entre a teoria e a prática, enriquecendo o corpo de conhecimentos que dá vida à profissão de enfermagem, com reflexão crítica, habilidades e atitudes que mobilizam a praxis (Benner, 2001).

A teoria de enfermagem é o corpo de conhecimentos que sustenta a prática dos cuidados de enfermagem e é portanto reconhecida como a luz que ilumina o pensamento e a ação da sua prática (Tomey & Alligood, 2004). Esta tem como função estreitar o conhecimento e ajudar a especificar os fenómenos de enfermagem, providenciando uma estrutura específica e relativamente concreta para a interpretação dos comportamentos, situações e eventos. A teoria à qual nos filiamos e que norteia todo o trabalho é a Teoria Faye Glenn Abdellah: Vinte e Um Problemas de Enfermagem, esta integra a categoria das necessidades/problemas em que os teóricos que seguem esta orientação tentam preenche-los ou corrigi-los utilizando o processo de enfermagem (George, 2000).

Faye Glenn Abdellah nasceu em New York City no ano de 1919. Graduou-se magna com louvor pela *Fitkin Memorial Hospital School of Nursing* no ano de 1942. Fez bacharelato em 1945, mestrado em 1947 e doutoramento em 1955, no *Teachers College da Columbia University*. Reconhecida como uma das mais importantes e conhecidas investigadoras de política da saúde do país e como especialista internacional em problemas da saúde, exerceu o seu trabalho em vários cenários. Atualmente aposentada possui mais de uma centena de publicações relacionadas com o atendimento, a educação para a prática avançada da enfermagem e a pesquisa em enfermagem (George, 2000; Tomey & Alligood, 2004).

Em 1960, influenciada pelo desejo de promover um cuidado abrangente de enfermagem centrado na pessoa, Abdellah não especifica claramente os quatro conceitos do meta

paradigma da enfermagem, **enfermagem, pessoa, saúde e ambiente**, no entanto algumas conclusões foram tiradas do seu trabalho.

À luz da sua teoria a **Enfermagem** é como uma ação dirigida a indivíduos, famílias e consequentemente para a sociedade, sendo uma ciência que treina atitudes, capacidades intelectuais e competências técnicas da enfermeira para ajudar as pessoas a lidar com as suas necessidades. **Pessoa** é descrito como alguém com necessidades físicas que são abertas ou com necessidades encobertas que podem ser emocionais e sociológicas. O conceito de **Saúde** define-se pela condição em que o individuo não possui necessidades não-satisfeitas nem enfraquecimentos antecipados ou reais. O conceito de **Ambiente** é o menos discutido, no entanto a teórica sugere que os doentes interagem com e respondem ao seu ambiente em que o enfermeiro é parte dele (Tomey & Alligood, 2004).

Abdellah apelidou Virgínia Henderson como sua mentora, uma vez que o seu trabalho se relaciona com os 14 princípios de Henderson e com os seus próprios estudos de investigação para estabelecer a classificação dos problemas de enfermagem. Assim ao escrever os 21 problemas de enfermagem que serviram de base à sua teoria pretendeu criar um guia para os enfermeiros usarem na identificação e resolução dos problemas dos doentes.

A teoria de Abdellah é sustentada por três principais conceitos que definiu, **saúde, problemas de enfermagem e solução de problemas**.

Saúde pode ser entendida como o padrão dinâmico de funcionamento, que resulta da interação das forças internas e externas, em que o uso dos recursos serve para minimizar as vulnerabilidades. Ao realizar as ações de enfermagem através de uma abordagem holística, a enfermeira ajuda o cliente a adquirir um estado de saúde, deve identificar as faltas ou as deficiências relativas à saúde que o cliente apresenta, sendo essas as necessidades de saúde do doente (George, 2000), ou seja, cabe à enfermagem reconhecer as necessidades dos indivíduos e através das suas intervenções ajudar a pessoa a atingir o estado de saúde.

Abdellah classifica os **problemas de enfermagem** como evidentes ou encobertos, em que os primeiros têm uma condição aparente e os segundos uma condição escondida ou disfarçada de natureza emocional, sociológica ou interpessoal (George, 2000). O problema

de enfermagem é assim o evidenciado pelo doente ou família e cabe aos enfermeiros detetar quer seja manifestamente visível ou não; a enfermagem deverá ser capaz de identificar e compreender os problemas ocultos uma vez que a sua solução poderá resolver também os evidentes, a ênfase é dada à identificação correta dos problemas de enfermagem.

Relativamente à **solução de problemas**, tendo em conta que o cuidado de enfermagem de qualidade exige que os enfermeiros sejam capazes de identificar e resolver os problemas de enfermagem evidentes ou encobertos, a resolução de problemas deverá ser uma competência destes para prestarem o melhor cuidado. É um processo que envolve a identificação do problema, a seleção dos dados, a formulação de hipóteses, o teste das hipóteses através da colheita de dados e a revisão das hipóteses.

O elemento crucial da teoria de Abdellah é a correta identificação dos problemas de enfermagem, estes foram classificados em três categorias, necessidades físicas, sociológicas e emocionais do doente, tipos de relações interpessoais entre a enfermeira e o doente e elementos comuns de cuidado ao doente, sendo estabelecidos 21 problemas de enfermagem (ANEXO I), em que em cada um dos amplos problemas de enfermagem estão inúmeros problemas específicos evidentes ou encobertos (George, 2000). Os problemas de enfermagem são gerais e não estão ligados nem ao tempo nem ao ambiente, não são descritos exaustivamente nem estão organizados segundo prioridades.

Para o trabalho em curso salientamos o problema evidente número 6: Facilitar a manutenção da nutrição das células do corpo e os problemas encobertos números 12, 13,14, 15, 17, 18, 19 e 21: Identificar e aceitar as expressões positivas e negativas, os sentimentos e as reações; identificar e aceitar o inter-relacionamento de emoções e doenças orgânicas; facilitar a manutenção da comunicação verbal e não-verbal efetiva; promover o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais produtivos; criar e/ou manter um ambiente terapêutico; facilitar a consciencialização de si mesmo como individuo com necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento variadas; aceitar as metas ideais possíveis à luz das limitações físicas e emocionais e compreender o papel dos problemas sociais como fatores influentes no caso de doença, respetivamente.

Tendo em conta que os 21 problemas de enfermagem estão fortemente centralizados no enfermeiro o seu uso no processo de enfermagem passa por primariamente direcionar a prática da enfermagem, ou seja, se a enfermeira ajudar o doente a atingir todas as metas declaradas nos problemas de enfermagem estará a encaminhar o doente para a saúde. Estes, podem ser divididos nos que são básicos para todos os doentes e nos que refletem necessidades de cuidados de manutenção, terapêuticos ou restauradores, facilitando a colheita de dados uma vez que essa classificação promove a investigação dos problemas.

Assim, a colheita de dados determina os problemas evidentes e os encobertos específicos do doente que funcionam como as metas a atingir, estando diagnosticado o problema as metas estão definidas e as intervenções serão delineadas para posteriormente se proceder à sua avaliação, sendo que esta mais se refere ao progresso ou falta de progresso da enfermeira em direção à obtenção das metas estabelecidas (George, 2000).

A teoria e a estrutura de Abdellah proporcionam uma base para a determinação e organização dos cuidados de enfermagem, pois se todos os problemas forem explorados o doente provavelmente seria completamente investigado, os problemas proporcionam uma base para a organização das estratégias de enfermagem e a sua solução direciona o doente para a saúde.

Trazendo a teoria para a prática a identificação dos problemas do doente promove uma colheita de dados completa e exaustiva de modo a que sejam definidos os problemas de natureza evidente e encoberta e conseqüentemente seja estabelecida uma abordagem direta ou indireta. Exemplificando, o problema evidente do estado nutricional pode ser investigado por medidas diretas de peso, ingestão alimentar e índice de massa corporal, enquanto o problema encoberto da manutenção de um ambiente terapêutico exige uma abordagem indireta na colheita de dados. Neste capítulo pretendemos afirmar a importância da existência de problemas que são diretamente observáveis e de fácil planeamento de intervenções e problemas de difícil identificação por não serem diretamente visíveis, cabe ao enfermeiro delinear o diagnóstico e estabelecer intervenções tendo a noção que a resolução de problemas encobertos pode solucionar os problemas evidentes.

Por outro lado esta teoria enfatiza as ações de enfermagem que decorrem dos problemas de enfermagem, centralizando-se no trabalho do enfermeiro. Assim, a problemática acentua-se

nas intervenções claras e objetivas da enfermagem, o enfermeiro deverá adequar a sua ação aos problemas de enfermagem identificados, mais do que um problema do doente é um problema do enfermeiro através das suas ações orientar o doente para a saúde.

Preconizamos com este trabalho a necessidade do enfermeiro analisar e refletir sobre as suas ações, verificando a necessidade de as mudar ou adaptar de modo a atingir eficácia na resolução de problemas. Na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos muito há a fazer e a evoluir, a nutrição e hidratação é bem mais do que o simples ato de comer ou beber em quantidades adequadas, compreender os vários aspetos influenciadores é fulcral e obriga à abordagem holística da problemática para a consciencialização das falhas e mudança das práticas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade e ganhos em saúde.

A melhoria da qualidade dos cuidados exige compromisso com a prestação de cuidados baseados em evidências científicas, deste modo, para além da teoria de Abdellah que direciona o nosso trabalho, empregamos os contributos do modelo da mudança da prática baseada na evidência de Mary Rosswurm e June Larrabee de 1999, para nos orientar na mudança das ações de enfermagem.

Rosswurm e Larrabee (1999) preconizam que os enfermeiros devem valorizar novos conhecimentos e utilizar os recursos adequados para os atingir modificando as práticas com base na evidência científica. Existe uma necessidade de consciencializar os profissionais para a evolução constante do conhecimento e motivá-los na procura desse mesmo conhecimento para a excelência no cuidar.

Estando identificada uma oportunidade de melhoria, pretendemos seguir a essência do modelo da mudança da prática baseada na evidência focando-nos na literatura relativa ao tema nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos para educar os enfermeiros e lhes prestar assessoria neste tema com o objetivo de implementar a mudança das práticas, avalia-las, integra-las e mante-las.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2002) pelo seu Conselho de Enfermagem definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem devido à necessidade de traçar um caminho que promova a contínua qualidade do exercício profissional, o que envolve uma reflexão sobre a prática.

A saúde é a representação mental da condição individual, assim como o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual, ou seja, trata-se de um estado subjetivo na procura constante de equilíbrio. A pessoa define-se como um ser único, com dignidade própria em que os seus comportamentos são oriundos dos seus valores e crenças, influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve, este constitui-se por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que influenciam os estilos de vida (OE, 2002).

A alimentação é uma função fisiológica imprescindível para a vida e sobrevivência humana sendo declarado pelo Council of Europe (2003) que o acesso a uma variedade alimentar segura e saudável é um direito humano fundamental pois promove benefícios na recuperação e qualidade de vida das pessoas. O facto de constituir uma necessidade humana básica e vital representa uma das dimensões do comportamento humano mais importantes, envolvendo aspetos biológicos, sociais, económicos e psicológicos, fundamentais para a evolução das sociedades na promoção e proteção da saúde.

McKee *cit. por* Garcia (2006) define hospital como uma estrutura complexa provedora de leitos, alimentação e cuidados de enfermagem constantes, circunscritos numa terapia médica. Este constitui uma organização especializada na recuperação do estado de saúde das pessoas, desta forma a dieta hospitalar é importante por garantir o aporte de nutrientes ao doente e assim preservar o seu estado nutricional pelo seu papel adjuvante no tratamento de doenças crónicas e agudas para além de traduzir relevância na experiência de internamento.

Os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas, estes possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, assim, no exercício profissional o enfermeiro deverá primar pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, estabelecendo parceria com o doente no respeito das suas capacidades e valorização do seu papel. Ao longo do ciclo vital procura-se prevenir a doença e promover processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas e a máxima independência na realização das atividades de vida (OE, 2002).

A alimentação deverá ser entendida como uma componente integral e central do tratamento do doente independentemente do diagnóstico, condição, idade ou estado psicológico, comer não é apenas uma necessidade mas também um elemento significativo no conforto da pessoa ao longo do internamento (O'Regan, 2009).

“A desnutrição pode afetar adversamente a evolução clínica de pacientes hospitalizados, aumentando a incidência de infeções, doenças associadas e complicações pós – operatórias, prolongando o tempo de permanência e os custos hospitalares” (Duchini *et al.*, 2010, p.514).

A resolução para a alimentação e cuidados nutricionais nos hospitais, aprovada pela União Europeia afirmam a preocupação pelo número inaceitável de pessoas internadas subnutridas na Europa, assim como, o facto de que a desnutrição entre doentes internados leva a longas estadias hospitalares, a uma reabilitação prolongada, diminuição de qualidade de vida e custos desnecessários aos cuidados de saúde (Council of Europe, 2003).

Apesar da preocupação crescente com o aspeto nutricional das pessoas internadas, pouca atenção tem sido dada à alimentação hospitalar. As constatações da incidência de desnutrição intra-hospitalar e do seu impacto na morbilidade e mortalidade levaram à execução de vários estudos neste âmbito, por forma a desenvolver o aperfeiçoamento de métodos de diagnóstico e tratamento da desnutrição (Garcia, 2006), pelo que a alimentação dos doentes em contexto hospitalar deve ser encarada como um problema de enfermagem onde deverão ser desenvolvidas intervenções de enfermagem relativas ao estado nutricional do doente.

São vários os estudos que constataam a elevada prevalência da desnutrição quer no momento de admissão hospitalar como ao longo do período de internamento. Ruivo (2007) afirma que na Europa e na América estima-se que cerca de 20 a 60% dos doentes hospitalizados estão desnutridos ou em risco nutricional.

Waitzberg, Caiaffa & Correia (2001) relatam que em 1997 o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar que avaliou cerca de quatro mil pessoas internadas identificou que praticamente metade da amostra (48,1%) apresentava desnutrição, chegando a 61% em casos em que o tempo de internamento ultrapassa-se os quinze dias. Já em 2003 no Estudo Latino-americano de Nutrição realizado em treze países descrito por Correia & Campos (2003) a frequência de desnutrição foi de 50,2%. Num estudo realizado nos Estados Unidos envolvendo uma amostra de 1347 pessoas adultas internadas, cerca de 40 a 55% encontravam-se desnutridos ou em risco de nutrição, desses 12% apresentavam desnutrição severa (Dickinson, 2005). Porbén (2006) em Cuba desenvolveu um estudo com cerca de 1905 doentes internados onde encontrou uma prevalência de desnutrição de 41,2%.

No que diz respeito à realidade portuguesa, existem ainda poucos estudos publicados sobre a desnutrição hospitalar, sendo a nossa realidade pouco conhecida, no entanto da revisão efetuada identificamos dados referentes ao risco nutricional em contexto hospitalar. Matos *et al.* (2007) realizaram um estudo que abarcou seis hospitais portugueses, constituindo uma amostra de 1152 doentes internados, detetando uma elevada frequência de doentes em risco nutricional no momento da admissão, cerca de 28,5 a 47,3% da amostra. Ainda em Portugal, alguns trabalhos de investigação foram realizados no âmbito de tese de licenciatura, ainda que não sujeitos a publicação, afirmam também a prevalência do risco nutricional em contexto hospitalar. Matos (2004) verificou no estudo que efetuou no Hospital Geral de Santo António - Porto, uma prevalência de risco nutricional de 46,8%. Já no estudo realizado no Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, verificou-se uma prevalência de pessoas internadas em risco nutricional de 28,9% (Henriques, 2006).

Estando acentuada e identificada a problemática do risco de desnutrição hospitalar foram desenvolvidas ações no sentido de a detetar e minimizar. O Council of Europe (2003) recomenda o seguimento das *guidelines* por eles estabelecidas, salientando-se a triagem do risco nutricional e a distribuição de responsabilidades para o cuidado nutricional hospitalar.

Por consequência no âmbito das recomendações referidas surgiu o *Nutrition Day*, que se caracteriza por um estudo multicêntrico que teve início na Europa em janeiro de 2006, tem a duração de um dia e consiste na auditoria ao estado nutricional dos doentes e ao cuidado nutricional em meio hospitalar, no sentido de se criar uma base de dados que permita a implementação de estratégias que visem a redução da prevalência da malnutrição nos hospitais. Em Portugal a adesão a este projeto verificou-se em 2007 por deliberação da direção da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP). Os objetivos do projeto passam pela consciencialização e sensibilização dos profissionais que exercem funções a nível hospitalar para os problemas associados à nutrição dos doentes.

A *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) recomenda que as instituições prestadoras de cuidados de saúde desenvolvam políticas e protocolos para identificar os doentes em risco nutricional com o objetivo de um tratamento nutricional adequado (Lochs *et al.*, 2006). Do mesmo modo a *British Association for Parenteral and Enteral Nutrition* recomenda a execução do rastreio nutricional a todas as pessoas no momento da admissão hospitalar e durante o seu internamento em intervalos regulares.

Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2013), enfatiza a importância da alimentação saudável no seu *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*, que tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população. Este contempla cuidados relacionados com o estado nutricional relevando a necessidade de uma monitorização regular e eventual prevenção destas situações a montante, recomendando o reforço do papel das famílias e profissionais de saúde o mais precocemente possível.

Ainda assim apesar de a desnutrição ser uma das doenças prevalentes no meio hospitalar (Weekes, Elia & Emery, 2004), esta continua a ser subdiagnosticada e ignorada nos hospitais, a falta de interesse por parte dos profissionais de saúde é uma das razões apontadas. Lennard-Jones (1992) no estudo que efetuou concluiu que a verdadeira razão pela qual a problemática persiste é a falta de reconhecimento da desnutrição pelos médicos e enfermeiros, já Beck *et al.* (2002) acrescentam a falta de tempo, instruções e conhecimento, sendo necessário educar os profissionais e motivá-los para a resolução da problemática.

Mediante as instruções fornecidas pelo Conselho Europeu, o risco nutricional deve ser avaliado a todos os doentes no momento de admissão e repetido regularmente durante o internamento, tendo em conta o estado nutricional e a gravidade da doença (Council of Europe, 2003). Beghetto *et al.* (2008) salientam a necessidade de estabelecer parâmetros de avaliação para que seja instituída uma vigilância clínica e epidemiológica que antecipe complicações e essencialmente adote intervenções precoces.

A *American Dietetic Association* (ADA) (1994) definiu risco nutricional como a presença de fatores que podem agravar a desnutrição em doentes hospitalizados, como a perda de peso, doença crónica, aumento das necessidades nutricionais, alterações dietéticas e a necessidade de suporte nutricional. O método de triagem do risco nutricional deve ser baseado em evidências e garantir a identificação de doentes que possam beneficiar de suporte nutricional, para além de ser fácil de usar e simples de entender (Council of Europe, 2003).

Em 2002, a ESPEN publicou uma *Guideline for Nutrition Screening*, recomendando a utilização do instrumento *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002) com o objetivo de detetar a presença e o risco de desnutrição em ambiente hospitalar (Kondrup *et al.*, 2003), também recomendado pelas normas do Conselho da Europa para os cuidados nutricionais (Council of Europe, 2003). O NRS 2002 é um instrumento validado para o rastreio e classificação nutricional dos doentes internados, é essencial para a enfermagem uma vez que com a identificação e sinalização da pessoa com risco nutricional, o enfermeiro poderá adequar os cuidados alimentares/nutricionais prestados à pessoa internada.

Estando a desnutrição associada ao aumento do tempo de internamento e mortalidade com consequente aumento dos gastos hospitalares, deverá ser documentada pelos enfermeiros. A não identificação dos doentes desnutridos poderá ter um impacto financeiro negativo pois os hospitais receberão o mesmo pagamento por doentes que levam maior despesa, pois requerem cuidados de maior intensidade, esta medida poderá servir para sensibilizar os gestores hospitalares da importância do rastreio do estado nutricional e introduzirem nas suas instituições uma política voltada para a identificação e combate da desnutrição hospitalar, que poderá conduzir a que a instituição reclame o financiamento adequado.

O Council of Europe (2003) declara que a admissão médica e de enfermagem deverá identificar e registar informações sobre o estado nutricional da pessoa internada, para além da condição física e mental em relação à ingestão dos alimentos, sendo explícito que cabe aos enfermeiros executarem a avaliação do doente no momento da admissão.

Gonçalves, Lopes & Costa (2013) referem que a deterioração de algumas funções fisiológicas e cognitivas influenciam a suscetibilidade a doenças e alterações do estado de saúde. Assim o enfermeiro na avaliação inicial deverá descrever pormenorizadamente o estado físico da pessoa internada, capacidades mentais, medicação efetuada no domicílio, hábitos, preferências e intolerâncias alimentares, para além da avaliação do estado nutricional para a execução objetiva do processo de enfermagem. A avaliação inicial é fulcral para o diagnóstico do problema de enfermagem e conceptualização das intervenções.

As refeições hospitalares são descritas como parte importante do tratamento, assim como o consumo de uma dieta equilibrada e ajustada, crucial na recuperação (Edwards & Hartwell, 2006). Medárt (2007, p.19) define dieta como “o conjunto de regras ou de prescrições médicas que dizem respeito à alimentação e que se destinam a manter ou restabelecer a saúde”.

A avaliação e controlo do desperdício alimentar é um indicador para a perceção da ingestão alimentar e satisfação das necessidades nutricionais do doente. O estudo realizado por Gonçalves, Lopes & Costa (2013) a 36 pessoas hospitalizadas determinou cerca de 30% de desperdício alimentar, sendo necessário identificar e compreender as razões que levam a que o doente não ingira a totalidade ou parte da dieta de forma a poder intervir sobre elas.

Como temos relatado, manter uma dieta equilibrada é essencial para uma boa saúde e pode ser conseguida pela ingestão de uma variedade de alimentos pertencentes à roda dos alimentos. No entanto, sendo a água um dos seis nutrientes básicos, é essencial para a saúde mas muitas vezes esquecida, o que pode resultar em indivíduos vulneráveis (National Patient Safety Agency & Royal College of Nursing, 2007). Forsyth *et al.* (2008) reforçam que a desidratação é um problema significativo em contexto hospitalar, uma vez que uma baixa hidratação poderá levar a complicações iatrogénicas.

Evidências médicas demonstram que uma boa hidratação pode ajudar no controle da diabetes, prevenir úlceras de pressão, obstipação, infeções do trato urinário, cálculos renais, hipotensão, diminuição da capacidade cognitiva, quedas, má saúde oral, doenças de pele, entre outras doenças. A hidratação deve ser vista como uma prioridade e um aspeto fundamental para a prática de enfermagem.

Para além disto, tem sido demonstrado que a desidratação poderá implicar o aumento da mortalidade das pessoas internadas para além do aumento do tempo de internamento. Melhorar a hidratação traz bem-estar e melhor qualidade de vida para os doentes podendo permitir uma reduzida utilização de medicamentos e prevenção de doenças, fornecer água demonstra um cuidado à pessoa internada que o doente e familiares podem ver e apreciar (National Patient Safety Agency & Royal College of Nursing, 2007).

Os cuidadores têm um papel fundamental no suporte e apoio aos idosos mais dependentes e pessoas com incapacidades físicas para a manutenção da hidratação saudável, estes devem garantir que os líquidos se encontram disponíveis e fisicamente acessíveis, assim como as refeições. Os profissionais de saúde devem estar cientes da necessidade da ingestão de líquidos da pessoa internada, incentivando-a a beber.

Assegurar que as necessidades de nutrição e hidratação das pessoas hospitalizadas são satisfeitas faz parte do papel do enfermeiro, tendo em conta que a nutrição e hidratação são vitais para uma boa saúde tanto do ponto de vista físico como psicológico, devem ser consideradas uma prioridade por estes na vertente do cuidar/cuidado e interdisciplinaridade. Assim, na procura da excelência no exercício profissional, o enfermeiro deverá reger o quadro de referência do cuidar na nutrição e hidratação baseando nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* (OE, 2002), por forma a perseguir os mais elevados níveis de satisfação dos doentes através de parcerias e envolvimento das pessoas significativas.

Boog (1999) define cuidado nutricional como o conjunto de medidas a serem tomadas a fim de prover ao doente uma alimentação com finalidade terapêutica, que garanta o fornecimento adequado de nutrientes, previna a desnutrição e contribua para o controle do processo patológico e recuperação da saúde, proporcionando satisfação sensorial e psicológica. Campos & Boog (2006, p.154) realçam a necessidade de “maior consciencialização por parte

dos profissionais de saúde acerca da importância do cuidado nutricional” e que “torna-se imprescindível que os profissionais tenham clareza dos seus papéis e responsabilidades nas condutas relativas ao processo do cuidado nutricional”.

O papel do enfermeiro no cuidado nutricional e necessidades de hidratação do doente é variado, inclui a triagem nutricional e o encaminhamento para a equipa multidisciplinar, para além do aconselhamento nutricional, assistir os doentes na seleção de alimentos saudáveis e o desenvolvimento ou delegação de ações necessárias quando estes são incapazes de satisfazer as suas necessidades nutricionais (Bloomfield & Pegram, 2012).

A dieta desempenha um papel importante no estado emocional, comer é crucial para sentimentos de bem-estar, este pode impulsionar a perda de apetite ou distúrbios alimentares. É importante que os enfermeiros interpretem e avaliem a relação entre os aspetos fisiológicos e psicológicos da nutrição e como são afetados pela doença ou hospitalização.

São vários os fatores no contexto hospitalar que podem impedir a pessoa internada de receber a suficiente comida ou bebida, os enfermeiros devem ser capazes de identificar potenciais obstáculos de modo a prevenir o declínio nutricional ou estado de hidratação. Bloomfield & Pegram (2012) descreve-os como fatores específicos do doente, barreiras físicas e questões organizacionais, descritos seguidamente.

Fatores específicos do doente referem-se a efeitos fisiológicos da doença e fatores relacionados com o tratamento. Comer e beber exige uma série de ações fisiológicas, como a eficaz transferência da comida e bebida para a boca bem como a mastigação e deglutição. O enfermeiro deverá estar atento a aspetos como fraqueza, rigidez, ou paralisia dos braços ou mãos que possam dificultar a utilização dos utensílios para comer, incapacidade de se posicionarem, má higiene oral, próteses dentárias inadequadas ou incorretamente colocadas e posicionadas, alterações sensoriais relacionadas com a idade, demência ou confusão, tratamentos que possam afetar a ingestão nutricional e de fluidos, qualquer medicamento que cause alteração no paladar e dificuldades na mastigação e deglutição.

As barreiras físicas são fatores relacionados com o equipamento utilizado em contexto hospitalar como os sistemas de soros para o tratamento endovenoso, drenos, pensos ou

máscaras de oxigénio que impedem o movimento e conseqüentemente a ingestão alimentar ou hidratação. Também o cumprimento de jejuns para análises, exames ou cirurgias devem ser tidos em conta, o enfermeiro deverá averiguar a sua real necessidade e proporcionar, assim que possível, a ingestão de alimentos e água.

Dos fatores relacionados com questões organizacionais destacam-se a disponibilidade de pessoal, quer em número, quer em competências para apoiar as pessoas adequadamente e que podem ser condicionadas pela organização das unidades e dos cuidados, restrições alimentares prescritas, variedade alimentar, familiaridade com a comida e interrupções nas horas das refeições.

Bloomfield & Pegram fazem referência aos efeitos colaterais da medicação como um fator específico do doente que poderá impedi-lo de se alimentar adequadamente, no entanto O'Regan (2009) descreve mais pormenorizadamente as considerações a ter com a farmacologia, afirmando que os alimentos e nutrientes tanto podem melhorar como interferir com o efeito das drogas, também a interação medicamentosa tem importância para as práticas de enfermagem. O autor supra citado salienta os antibióticos, antivirais, antifúngicos, inibidores de anidrase carbónica, digitálicos e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina como drogas que deprimem o apetite e os antidepressivos, anti-histamínicos, tranquilizantes e corticosteroides como drogas estimulantes do apetite.

Outro dos aspetos que influenciam a ingestão alimentar e que não se encontram enquadrados nos fatores anteriormente descritos são as preferências alimentares influenciadas pela tradição/formação cultural. O'Regan (2009) afirma que as pessoas gostam de comer os alimentos aos quais estão habituadas devendo ser feita uma tentativa de proporcionar ao doente uma comida que lhe seja familiar e tida em conta a diversidade cultural nos cuidados.

Os enfermeiros devem reconhecer a responsabilidade em assegurar que os doentes recebam a adequada nutrição e hidratação, faz parte do papel do enfermeiro garantir que a pessoa internada recebe uma alimentação adequada às suas necessidades nutricionais, verificar se é adaptada às capacidades de mastigação e deglutição e se o doente é capaz de alcançar qualquer alimento ou líquido oferecido deverá ser garantido pela enfermagem. A avaliação

e delegação de tarefas que visam ajudar os doentes a alimentarem-se, para além da monitorização da ingestão alimentar e hídrica cabe ao papel do enfermeiro.

A avaliação é um processo contínuo que fornece ao enfermeiro responsável pelo doente as principais informações para planear, implementar e avaliar as necessidades de cuidado nutricional, a utilização de uma ferramenta de avaliação nutricional ajuda a identificar os reais e potenciais problemas de desnutrição assim como a capacidade do doente se alimentar autonomamente ou necessitar de assistência nas refeições (Bloomfield & Pegram, 2012).

É responsabilidade do enfermeiro garantir que todos os doentes recebem as quantidades adequadas de alimentos e fluidos tornando a hora da refeição uma experiência positiva, no entanto como referem Jeffries, Johnson & Ravens (2011) as restrições de tempo impedem os enfermeiros de poderem realizar tarefas relacionadas com o cuidado nutricional, assim se a avaliação que o enfermeiro faz prevê que a tarefa da alimentação pode ser delegada a outros prestadores de cuidados é da sua responsabilidade verificar se os cuidadores se encontram preparados para a realizar em segurança.

A monitorização da ingestão nutricional é um elemento crucial no cuidado nutricional mesmo quando os enfermeiros não estão presentes durante as refeições, é vital uma comunicação eficaz entre os membros da equipa, estes devem ser encorajados a relatar quaisquer mudanças na alimentação do doente assim como na ingestão hídrica. Bloomfield & Pegram (2012) afirmam que qualquer processo de monitorização implica o registo da informação, uma vez que estes são a chave para a continuidade do cuidado nutricional.

Na revisão da literatura efetuada também algumas indicações são estabelecidas para a necessidade da ingestão hídrica das pessoas internadas, os enfermeiros têm um papel crucial no apoio dos doentes para a manutenção de uma hidratação adequada. A não haver indicação de restrição hídrica, estes devem ser incentivados regularmente para a ingestão de água.

A *National Patient Safety Agency & Royal College of Nursing* (2007) enfatiza no seu documento *Hospital Hydration Best Practice Toolkit* as seguintes orientações para incentivar o consumo de água: incentivar a equipa hospitalar para a ingestão de água e sua monitorização com base nos benefícios de uma boa hidratação; como forma de relembrar e

incentivar os enfermeiros para o consumo de água nos doentes em risco, pendurar um quadro com uma gota de água junto da cama do doente; lembrar, encorajar e motivar os doentes a ingerirem água através da sua oferta regular; a água é melhor servida fresca e refrigerada pelo que os jarros não devem ser deixados abertos, algumas pessoas preferem beber água em pequenas quantidades e mais vezes ao dia; os doentes tendem a ingerir a água toda que se encontra no copo quando engolem os comprimidos, assim devemos oferecer maior volume de água na administração de medicação oral; por norma os doentes demonstram preocupação pela necessidade de irem à casa de banho várias vezes durante a noite, recusando a ingestão de líquidos neste período, desta forma deveremos incentivar a ingestão de água logo pela manhã; as pessoas mais velhas e aqueles que se encontram doentes tendem a perder a sua resposta à sede, não deve ser tomado por garantido que estes vão ser capazes de ingerir água quando precisam; sempre que possível os familiares devem ser informados sobre a importância da promoção da hidratação do doente, estes podem ajudar a cumprir essa meta; quando o clima se encontra mais quente a disponibilidade de água deve aumentar e os doentes deverão ser encorajados a beber mais; identificar os doentes desidratados, em risco de desidratação ou aqueles que necessitam de assistência e monitorizar e registar os líquidos ingeridos; implementar uma intervenção que facilite a monitorização da ingestão de líquidos em pessoas com demência, confusão ou alterações de memória.

Xia & McCutcheon (2006) no estudo que efetuaram concluíram que há uma série de problemas nas práticas de enfermagem em relação à alimentação dos doentes. A nutrição parece ter uma prioridade baixa em termos de práticas e assistência de enfermagem, a fim de as melhorar nas horas das refeições parece que aumentar o número de funcionários poderá não ser suficiente, provavelmente será necessário considerar a educação sobre a importância da nutrição e hidratação para alterar ou reorientar as atitudes e perceções dos profissionais.

A entrega das refeições deve ser realizada e supervisionada pela equipa de enfermagem, estes necessitam de gastar mais tempo a auxiliar as pessoas a alimentarem-se em vez de outras tarefas, deverá ser prestada a assistência necessária no início da refeição descrevendo e incentivando a ingestão da refeição em tempo adequado a cada doente, para além disto as interrupções devem ser evitadas e a interação social enfatizada.

Assim surgiu a iniciativa *Protected Mealtimes* que faz parte do programa *Better Hospital Food* que delinea a importância do fornecimento de refeições livres de interrupções evitáveis e desnecessárias, sem sufocar as formas de trabalho e colocando o doente no centro da experiência da refeição (Hospital Caterers Association & Royal College of Nursing, s.d.). As indicações chave desta política passam por criar uma atmosfera tranquila e relaxante na qual os doentes tenham tempo para desfrutar das refeições, limitando o tráfego indesejado na enfermaria; reconhecer e apoiar os aspetos sociais do comer; fornecer um ambiente propício para comer, ou seja, acolhedor, limpo e arrumado; limitar as atividades que não sejam relevantes na enfermaria sejam clínicas como não clínicas; focar as atividades na enfermaria para o apoio nas refeições; enfatizar a todos os funcionários, doentes e visitantes a importância da refeição como parte do plano terapêutico; melhorar o atendimento nutricional do doente apoiando o consumo dos alimentos e apoiar a equipa de distribuição da alimentação na hora da entrega da refeição.

A *National Patient Safety Agency* (s.d.) no documento *Protected Mealtimes Review* identificou que a política do *Protected Mealtimes* não estava a ser implementada de maneira uniforme, o feedback inicial sugere que as principais barreiras ao seu suporte incluem a percepção dos enfermeiros acerca da importância da nutrição e refeições em comparação com outras demandas. Assim concluíram que o sucesso da iniciativa depende da liderança existente na enfermaria, sendo importante que os gestores de saúde adiram à orientação das refeições protegidas em que a pessoa internada não é perturbada durante esse momento.

O'Regan (2009) acrescenta que o ambiente seco, quente, barulhento e com aromas desagradáveis não é propício para o comer. Solidão e isolamento são sentimentos que se podem desenvolver por se encontrarem numa enfermaria podendo resultar numa recusa para comer, assim como ansiedade, nervosismo e agitação. O facto de os enfermeiros ocuparem o tempo da refeição a auxiliar o doente podem avaliar e instituir medidas de alívio desses sintomas. Ao longo da refeição os enfermeiros devem-se concentrar em ajudar o doente, assegurar que este se encontra numa posição confortável, que o tabuleiro é de fácil acesso, que a comida é quente e tem bom aspeto, outras questões como assegurar que a responsável entrega o tabuleiro de uma forma cortês, mostrar uma atitude positiva para com a comida explicando a dieta ao doente, são atos que podem aumentar a satisfação deste.

Ainda neste vertente O'Regan (2009) acrescenta que as necessidades da pessoa, os gostos e o que não gosta devem ser tidos em conta para a manutenção da sua identidade devendo ser atendidos de forma a permitir que tenham controlo sobre as suas vidas, os pratos devem ser descritos para que as pessoas tenham uma ideia do que podem esperar entusiasmando-os e encorajando-os para o comer. O cuidado holístico contínuo permite ao enfermeiro identificar e compreender as preferências alimentares, os alimentos que o doente não gosta e as alergias alimentares pelo que cabe a este informar os responsáveis pelos menus destas premissas.

Matos (2007) pretendeu no estudo que efetuou avaliar a relevância que é dada aos aspetos nutricionais através da análise dos registos de enfermagem e identificar se os doentes em risco nutricional ou desnutridos são alvo de maior atenção por parte dos profissionais de saúde. Este recolheu dados nas menções dos processos clínicos respeitantes ao peso, cuidados alimentares e ingestão alimentar dos doentes, concluindo que as referências relevantes para o estado nutricional são muito escassas, assim, reforça a necessidade de se investir na sensibilização dos enfermeiros sobre a importância da monitorização da alimentação e peso dos doentes ao longo do internamento.

Os registos em cuidados de saúde revelam-se para a enfermagem de uma utilidade indiscutível, assumindo-se como essenciais e indispensáveis (Martins, 2008). Se considerarmos a impossibilidade do enfermeiro permanecer 24 horas por dia junto do doente, torna-se fundamental encontrar formas de comunicação que permitam a continuidade do cuidar. Assim faz parte do papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada proceder aos registos de enfermagem para que a continuidade de cuidados seja assegurada. O registo do risco nutricional sinaliza os doentes que necessitam de intervenção, a equipa de enfermagem deverá utilizar esta informação para direcionar os cuidados, assim como a equipa multidisciplinar a usará para adequar a prescrição alimentar e/ou medicamentosa, estes devem ser específicos e objetivos facilitando a comunicação interprofissionais.

Dias *et al.* (2001) salientam que os registos são a base de toda a filosofia e metodologia de trabalho em enfermagem, devendo ser rigorosos e completos, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem, é através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional. Na

vertente do cuidado nutricional os registos devem transmitir os princípios de enfermagem na nutrição e hidratação da pessoa internada assim como o quadro de referência do cuidar.

Como refere a OE (2007) a documentação da prática de enfermagem deve refletir a prestação de cuidados legais, éticos, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação e visibilidade dos atos de enfermagem praticados. Best (2008) objetiva e descreve que a documentação em enfermagem na vertente nutricional deve incluir um relato claro e visível, em que os aspetos essenciais para o registo são: o peso e altura do doente; score obtido na avaliação do risco nutricional; qualquer involuntária ou não intencional perda de peso (nos últimos três meses) incluindo indicadores visíveis como roupa larga, anéis ou próteses dentárias; plano de cuidados nutricionais; alergias alimentares; preferências alimentares; qualquer condição clínica relevante; medicação que possa afetar o apetite ou o paladar; dieta e líquidos ingeridos; necessidade de uma dieta específica; estado atual de apetite do doente; capacidade do doente para ingerir a comida oralmente; nível de assistência necessária para comer e presença severa de vômitos ou diarreia.

A quantificação da ingestão alimentar é o meio mais objetivo e fiável para avaliação da adequada ou não ingestão nutricional do doente, realça-se nos registos de enfermagem a imperativa intervenção da monitorização alimentar quantitativa e qualitativa nos doentes com risco ou alteração do estado nutricional, envolvendo a identificação dos fenómenos de enfermagem relacionados e planeamento de intervenções direcionadas para posterior registo objetivo, claro e conciso necessário à continuidade de cuidados (Martins, 2008).

A qualidade em enfermagem é vista e entendida como a excelência dos cuidados, deste modo para que os enfermeiros atinjam um exercício profissional de excelência devem basear a sua atuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes (Comissão de Formação – OE, 2007), para isto é importante a interiorização do conceito de prática baseada na evidência, preconizado no modelo de Rosswurm e Larrabee de 1999, mencionado no Capítulo 1 como complemento orientador do nosso trabalho, de facto os enfermeiros deverão valorizar novos conhecimentos e utilizar os recursos adequados, através da mobilização dos contributos da investigação, assim, tendo em conta todo o enquadramento teórico apresentado anteriormente, que se baseia em evidências científicas na nutrição e hidratação da pessoa internada consideramos relevante

abordar a necessidade da existência de linhas orientadoras como um instrumento de qualidade para a mudança das práticas.

A OE (2002) nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* reconhece que a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados em enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, com o objetivo de obter respostas satisfatórias do doente e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos. A Comissão de Formação – OE (2007) acrescenta que a sua produção e divulgação permite aos profissionais terem acesso a informação fiável e atualizada sobre procedimentos relativos a sintomas, à utilização de equipamentos ou às intervenções inerentes a um estado.

Assim, estando a pessoa internada caracterizada com risco ou alteração de estado nutricional a utilização de um guia orientador de boa prática permite ao enfermeiro basear a sua atuação em sólidos e válidos padrões de conhecimento como forma de atingir a qualidade dos cuidados de enfermagem e intervir ativamente num indicador de qualidade que é o risco nutricional em contexto hospitalar.

O estabelecimento de *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* permite a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e do desenvolvimento pessoal e profissional. A organização dos cuidados de enfermagem contribui para a sua eficácia, devendo basear-se num quadro de referências, na existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade, num sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente entre outros dados a necessidade de cuidados, intervenções e resultados, a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros promotora do desenvolvimento profissional e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (OE, 2002).

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O PIS insere-se no 3º CPLEE MC e 4º CME MC do IPS – ESS, utilizando a metodologia de trabalho de projeto.

Segundo Nunes (2010, p.3),

A metodologia de projecto 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. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.

Esta baseia-se numa investigação centrada num problema real e na implementação de estratégias eficazes para a sua resolução, promovendo uma prática fundamentada e baseada em evidência. Segundo Nunes (2010) a metodologia de projeto é constituída por cinco etapas: diagnóstico de situação, planeamento das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos.

3.1 Caracterização do serviço

O hospital X foi criado em 2005 e encontra-se integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo constituído por duas instituições. Este tem por missão ser reconhecido como instituição de referência, a promoção da saúde a todos os cidadãos, intervir de acordo com as áreas de influência e as redes de referência e desenvolver atividades no ensino pré e pós graduado, de investigação e de formação (Hospital X, 2008).

O serviço de Gastreenterologia faz parte da referida instituição localizando-se no piso 1 da estrutura inicial, este propõe-se a exercer a sua atividade em consonância com os princípios e objetivos do hospital X, assumindo como missão a prevenção, diagnóstico e tratamento

das doenças do aparelho digestivo, assegurando cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno e com uma dinâmica de diferenciação, científica e técnica, que lhe permita ser reconhecido como um serviço de referência (Oliveira & Martins, 2013).

A enfermaria de gastroenterologia é destinada à prestação de cuidados em regime de internamento. Constituída por quatro salas com três camas em cada uma e uma sala com apenas uma cama, perfazendo uma lotação para 13 doentes. Nesta unidade exercem funções, sete médicos especialistas e quatro internos, em regime rotativo, uma assistente técnica e dez assistentes operacionais. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por um total de 15 elementos em que um deles é a chefia.

São vários os objetivos a que o serviço se propõe atingir, de entre eles salientamos a “prevalência da aplicação do score risco nutricional” do qual somos responsáveis pela implementação e divulgação, este é medível através do indicador de qualidade institucional “risco nutricional dos doentes”.

3.2 Justificação da problemática

O hospital X é uma organização acreditada que assume a qualidade como seu fundamento, assim criou-se o grupo de apoio nutricional aos doentes internados (GANDI), que propôs ao grupo de indicadores, auditoria e risco clínico a inclusão do indicador de qualidade “risco nutricional dos doentes”, que foi aceite e é auditado anualmente, este é constituído por médicos, nutricionista e enfermeiros de ligação aos serviços, sendo os últimos quem implementa a estratégia delineada pelo grupo, a avaliação do risco nutricional. Como elemento de ligação do grupo ao serviço de gastroenterologia, temos consciência que a nutrição do doente deve ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar, tornando-se imprescindível que cada profissional tenha clareza do seu papel e responsabilidade na conduta relativa ao processo do cuidado nutricional (Campos & Boog, 2006).

A nutrição é uma área que pretendemos aperfeiçoar no que concerne à prática da enfermagem, sendo fulcral perceber qual a perceção que os enfermeiros têm do seu papel na nutrição/hidratação e identificar a importância da enfermagem nesta área delineando os seus contributos. A ideia surgiu da prática profissional e de conversas/discussão com a enfermeira

coordenadora e elementos do GANDI, para além disto a revisão bibliográfica apresentada no Capítulo 2, levou-nos a considerar a problemática da nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos pertinente para os enfermeiros em geral.

Pretendemos com o PIS aprofundar conhecimentos sobre a temática em questão e uma vez que está diretamente relacionado com um indicador de qualidade institucional, do qual somos responsáveis, atingir qualidade, proporcionar conhecimento e adequação das práticas de enfermagem, desenvolvendo ao mesmo tempo competências comuns do enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e aprendizagens profissionais.

3.3 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto que visa descrever a realidade sobre a qual se pretende atuar e modificar, devendo ser sistémico, interpretativo e prospetivo (Nunes, 2010). Assim, com as devidas autorizações da diretora e da enfermeira coordenadora do serviço de gastroenterologia (APÊNDICE 1 e 2, respetivamente), realizou-se uma análise das necessidades da população na temática do PIS com a perspetiva de desenvolver estratégias e ações que promovam o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde, fomentando as suas capacidades, motivação e autonomia com o objetivo de atingir respostas de qualidade. Nunes (2010, p.10) refere que “os recursos humanos são um elemento fulcral para a mudança em qualquer instituição, assim como é importante que estes possuam um bom nível de formação, adequada às suas funções e que invistam na formação contínua”, como forma de otimizar e/ou aumentar a eficácia dos serviços prestados.

A qualidade dos cuidados em enfermagem é um processo que visa atingir a excelência na prestação de cuidados às pessoas internadas, neste sentido, tendo por base que uma nutrição e hidratação é vital para uma boa saúde tanto do ponto de vista físico como psicológico, deve ser considerada uma prioridade pelos enfermeiros, desta forma, pretende-se identificar qual a importância da enfermagem na nutrição e hidratação da pessoa internada, delineando os seus contributos para diminuir a frequência da desnutrição no internamento hospitalar.

Segundo Christensson & Unosson *cit. por* Campos & Boog (2006) há pouca atenção dos enfermeiros na alimentação/cuidados nutricionais e apesar da implementação de um programa de educação nutricional não houve mudança de atitudes. Matos *et al.* (2007) identificaram que as menções relevantes para o estado nutricional nos registos clínicos são escassas e reforçam a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do rastreio nutricional e da monitorização da alimentação.

Deste modo, interessou identificar a percepção que os enfermeiros têm do seu papel na nutrição para intervir promovendo a melhor nutrição/hidratação do doente diminuindo o risco nutricional, e analisar a opinião que os médicos têm dos registos de enfermagem de modo a aperfeiçoá-los para que a comunicação interprofissional se estabeleça adequadamente e a continuidade de cuidados seja assegurada.

A fase diagnóstica foi marcada pela observação do contexto e das pessoas, dos intervenientes e atividades, o que constituiu o ponto de partida para a correta e fiável escolha e utilização dos instrumentos de diagnóstico, com o objetivo de identificar e validar o problema a dar resposta (Nunes, 2010). Esta fase foi determinante na sensibilização, envolvimento e motivação dos profissionais para o projeto a desenvolver e para os problemas a intervir.

Para isto, constituiu-se uma amostra, elaborou-se um questionário para enfermeiros e uma entrevista semiestruturada para médicos. Todo o processo de colheita de dados pressupõe a execução de certas diligências (Fortin, 1999), assim foram pedidas as autorizações necessárias junto da diretora e enfermeira coordenadora do serviço de gastroenterologia para a aplicação dos instrumentos, tendo sido obtido parecer positivo por parte das intervenientes.

3.3.1 Caracterização da amostra

A população alvo do PIS é a equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia do hospital X, como responsáveis pelo indicador de qualidade institucional “risco nutricional do doente” no referido serviço, temos o intuito de desenvolver e aprofundar esta área de atuação. Da população, mediante os critérios selecionados, delineamos a amostra sobre a qual iríamos intervir, caracterizando-se numa amostra por conveniência.

A equipa de enfermagem (população alvo) é constituída por quinze elementos, um deles a enfermeira coordenadora com quem conversamos e discutimos a pertinência do projeto e dois deles colegas da especialidade, estes tinham conhecimento do projeto e do seu intuito, pelo que não foram incluídos na amostra, assim o questionário foi aplicado apenas a doze elementos, desses, dez (83% do total da amostra) foram respondidos e entregues.

Os dez enfermeiros que responderam ao questionário apresentam idades compreendidas entre 27 (idade mínima) e 56 (idade máxima) anos, com média de idades correspondente a 39,6 anos. A experiência profissional compreende-se num intervalo com mínimo de 3 anos de serviço e máximo de 30 anos, em que a média situa-se nos 15,5 anos de serviço. Atendendo as características demográficas e profissionais da amostra, de acordo com a média de idades (39,6 anos) e média de anos de serviço (15,5 anos), constata-se que se está perante uma equipa jovem.

No que diz respeito à escolha dos elementos para efetuar a entrevista semiestruturada, foi realizada com base na necessária comunicação interprofissional e no contacto que outros profissionais têm com os registos de enfermagem, assim selecionamos os médicos assistentes do serviço que são três, por terem contacto diário quer com a equipa, quer com os registos. Do observado afirmamos que esta pequena amostra é jovem uma vez que todos têm menos de quarenta anos de idade e menos de dez anos de serviço profissional.

3.3.2 Aplicação de questionário

Como elemento de ligação ao GANDI e implementadores das estratégias delineadas por este no serviço de gastroenterologia, a observação e a relação direta com os enfermeiros já conseguia identificar sentimentos e ações relativas à temática em estudo, assim pretendeu-se com a aplicação do questionário utiliza-lo como mediador na obtenção de respostas para posteriormente retirar ilações sobre os seus significados.

A não existência de instrumentos de medida correspondente à linha do objeto visado verificada através da revisão bibliográfica levou-nos à elaboração de um questionário que consistiu basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos (Gil, 2010). Tendo em conta a nossa proximidade com a amostra, pela prática

profissional em conjunto, optou-se pela aplicação de um questionário por evitar o contacto direto e anónimo por impedir o constrangimento e direcionamento de respostas.

O questionário elaborado e aplicado foi aberto por permitir maior atenção da pessoa questionada e proporcionar maior personalização das respostas, de modo a que fossem expressos sentimentos e reações. Tendo em conta que a amostra era pequena, pensamos que o questionário aplicado seja o mais adequado para diagnóstico das opiniões, percepções e atitudes dos sujeitos relativos ao papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos. Este foi elaborado para ser preenchido em dez minutos, contemplando informação sobre o enquadramento, objetivo, confidencialidade e anonimato.

O questionário (APÊNDICE 3) é constituído por três questões de resposta aberta, na primeira questão pretendeu-se perceber qual a importância que os enfermeiros atribuem à nutrição e hidratação da pessoa internada e onde centram a sua atuação, entende-se por isto compreender qual o objeto de trabalho em que a equipa de enfermagem se centra, na segunda questão pretendeu-se entender em que área é que os elementos concentram as suas intervenções e quais os aspetos a que prestam maior e menor relevância, com a terceira pergunta pretendeu-se entender quais as dificuldades sentidas pelos sujeitos, para além da importância que atribuem ao aperfeiçoamento da prática profissional relativa à promoção da nutrição e hidratação da pessoa internada.

Após a obtenção das respostas e recolha de informação foi utilizada a análise de conteúdo por constituir segundo Bardin (1977, p.36) “uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”. Utilizamos a análise de conteúdo como forma de esclarecer a especificidade e o campo de ação, chegando a representações condensadas e explicativas do papel na temática em estudo.

Primariamente reunimos e agrupamos palavras ou frases idênticas, sinonimas ou próximas a nível semântico, posteriormente criamos unidades de significado, ou seja, categorias baseadas em critérios de análise sustentados pela revisão bibliográfica efetuada e apresentada no Capítulo 2, nomeadamente no autor Boog (1999) que evidencia a

alimentação e hidratação com uma finalidade terapêutica e no autor Bloomfield & Pegram (2012) que descreve três classes de fatores que influenciam a ingestão alimentar.

Dos resultados obtidos (APÊNDICE 4) todos atribuem importância ao seu papel na nutrição/hidratação mas só aproximadamente metade das respostas objetiva a pessoa como elemento central da sua atuação. Relativamente às intervenções significativas, identificamos que a equipa tem consciência que a alimentação é essencial e que a deve vigiar, no entanto, não consideram fulcral a avaliação do risco nutricional apesar de este ser um indicador de qualidade e atribuem pouca visibilidade às barreiras físicas e ao próprio ambiente dando ênfase a intervenções interdependentes. Quando se questiona melhorias mais de metade das respostas apontam para a ligação com a equipa multidisciplinar e apenas um terço para a capacitação autónoma da enfermagem.

Objetivamos da análise das respostas obtidas que apesar de a amostra ter consciência da sua importância na nutrição e hidratação, parece não identificar a relevância da alimentação como adjuvante no tratamento da pessoa, sendo é necessário demonstrar com base em evidência científica esta vertente da nutrição e hidratação. Mais acrescentamos que os elementos designam a avaliação de risco nutricional como uma rotina da qual parecem não retirar mais-valias, limitam e estreitam o seu papel por deixarem de parte fatores influenciadores da nutrição e hidratação do doente apesar de serem detentores de uma responsabilidade partilhada na má alimentação e hidratação, pensa-se necessário demonstrar à equipa de enfermagem as várias vertentes do seu papel proporcionando a sua clarificação.

Da análise das propostas de melhoria identificamos que maioritariamente se direcionam para a equipa multidisciplinar, ora de facto parece-nos que a desmotivação poderá advir deste aspeto pois a atuação multidisciplinar é fulcral e a comunicação interprofissional crucial, no entanto a amostra deverá compreender que cada profissional deve ter presente o seu papel de forma clara e objetiva, ora se identificamos que há um desvio na perceção do papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada objetiva-se necessário primariamente proceder à sua clarificação para posteriormente identificar as falhas na equipa multidisciplinar, pois a definição do papel do enfermeiro no tema do PIS direciona a equipa de enfermagem na problemática da equipa multidisciplinar.

3.3.3 Entrevista semiestruturada

A entrevista foi outro instrumento de diagnóstico utilizado para a definição do diagnóstico de situação, este é um meio muito utilizado para a recolha de informação, opiniões ou necessidades (Nunes, 2010), apresentando maior flexibilidade por comparação com outros instrumentos de colheita de dados. Optamos pela realização da entrevista semiestruturada por termos bem definido o tema a abordar, utilizamos um guia de pontos de interesse a serem explorados ao longo da entrevista. Esta foi aplicada aos três médicos assistentes do serviço de forma individual por impossibilidade de tempo e disponibilidade para os reunir em grupo. Assim elaboramos um guião (APÊNDICE 5) com cinco perguntas de carácter direto a serem abordadas e exploradas na entrevista. Cada entrevista foi planeada para uma durabilidade de dez minutos, explicado o seu enquadramento, objetivo, confidencialidade e anonimato.

Interessou-nos aplicar a entrevista semiestruturada aos médicos assistentes do serviço, por considerarmos que a temática do PIS não tem importância atribuída por estes tornando-se necessário o contacto direto para explicitação do objeto de estudo e esclarecimento de dúvidas que poderiam surgir pela pouca envolvimento neste, alertando-os de que a problemática detém a atenção da enfermagem e envolve a necessidade da comunicação interprofissional. Considerando que apenas foram três os elementos entrevistados e as respostas foram muito semelhantes não foi efetuada a categorização das respostas, fez-se a reunião e interpretação das mesmas. Da análise das entrevistas (APÊNDICE 6), salientamos que os médicos consideram os registos de enfermagem importantes, mas só atribuem relevância à avaliação do risco nutricional em alguns doentes e nesses acreditam que uma especificação da ingestão alimentar seria importante. No reforço hídrico verbalizam que através dos registos não lhes é possível perceber o que o doente ingeriu.

Assim, é necessário refletir sobre os registos de enfermagem e perspetivar alterações a estes que promovam a continuidade de cuidados e a comunicação interprofissional.

3.3.4 Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral

Após análise dos questionários denota-se que apesar dos elementos da amostra, que se considera significativa, atribuírem importância ao seu papel na nutrição/hidratação da pessoa

internada, reconhecemos que a sua participação nesta área de atuação estará a ser minimizada, assim, um dos problemas parcelares que compõe o problema geral é a indefinição do papel da enfermagem na nutrição/hidratação no que diz respeito à avaliação do risco nutricional, fatores específicos da pessoa internada, barreiras físicas e questões organizacionais, pela necessidade de motivação, objetividade e esclarecimento.

As entrevistas apontam para a continuidade de cuidados necessária e comunicação interprofissional eficaz, assim os registos relativos à refeição das pessoas em risco/alteração do estado nutricional não são específicos e o registo da monitorização de líquidos não é executado, apesar de alguns doentes terem prescrita a atitude terapêutica: reforço hídrico.

3.3.5 Determinação de prioridades

Todos os percursos são constituídos por pequenos passos, assim foram delineadas prioridades que consideramos exequíveis dentro do limite de tempo estabelecido no cronograma escolar.

Primariamente identificamos a necessidade de despertar a atenção, motivação e participação da equipa de enfermagem para o PIS, tendo por base os resultados obtidos da análise dos questionários e das entrevistas semiestruturadas e tendo em conta o motivo da escolha do tema e as estratégias que posteriormente serão planeadas. Seguidamente consideramos necessário desenvolver competências do domínio das aprendizagens profissionais, aprofundando o auto – conhecimento e assertividade no que diz respeito à importância da nutrição e hidratação na pessoa internada e basear a atuação em sólidos e válidos padrões de conhecimento para a definição do papel da enfermagem na nutrição (OE, 2010^a).

Uma vez que se depreendeu que os enfermeiros partilham uma noção indefinida e pouco objetiva do seu papel na nutrição/hidratação da pessoa internada, verificamos a necessidade de otimizar a sua resposta, visando a qualidade dos cuidados, de acordo com a competência comum do enfermeiro especialista o domínio da gestão dos cuidados, estendendo também o conhecimento e mais-valias na instituição, contribuindo para a qualidade no indicador “risco nutricional do doente”, de acordo com a competência melhoria contínua da qualidade.

Tendo em conta os registos no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) (APÊNDICE 7) e as respostas obtidas nas entrevistas, é essencial refletir e ajuizar a necessidade de especificar e objetivar os registos de enfermagem para colmatar a dificuldade na comunicação interprofissional.

Por fim e em concordância com os problemas identificados no diagnóstico de situação do PIS, verifica-se a inexistência de documentação que oriente os enfermeiros para as suas práticas diárias na temática do PIS, pretende-se assim uniformizar cuidados promovendo a divulgação e perpetuação de conhecimento para que o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais se otimizem e mantenham, em consonância com a competência da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2011^b).

3.3.6 Objetivos

A revisão da literatura e a informação obtida da aplicação dos instrumentos de diagnóstico demonstra-nos que o problema de enfermagem é relevante, e que o enfermeiro é crucial na nutrição/hidratação da pessoa internada e seus registos, sendo esta a premissa que suporta o nosso projeto. Consideramos o projeto inovador e contributivo para a qualidade pretendida no indicador de qualidade institucional. Uma vez efetuado o diagnóstico de situação, com a determinação dos problemas prioritários, definimos os resultados desejados, estabelecendo os objetivos (Frederico & Leitão, 1999). Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão do geral ao mais específico, estes devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, sendo que o objetivo geral revela o que o formando deve ser capaz de fazer no final do seu percurso formativo (Nunes, 2010).

Assim para o projeto em causa formulamos o seguinte objetivo geral:

- Promover a qualidade dos cuidados prestados relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada, através da uniformização de boas práticas.

No entanto um objetivo geral só pode ser avaliado se traduzido, concreta e especificamente, para a garantia de objetividade aos resultados esperados, constituindo comportamentos observáveis (Nunes, 2010), sendo detalhado nas suas diversas componentes.

Assim foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Promover a participação da equipa de enfermagem no desenvolvimento do PIS;
- Promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre importância da nutrição e hidratação da pessoa internada;
- Promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre o seu papel na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos;
- Identificar registos de enfermagem claros e objetivos relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada;
- Elaborar e documentar orientações de boa prática sobre o papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos;
- Divulgar o conhecimento promovido sobre a temática do PIS pelo hospital X.

3.4 Planeamento do projeto

No planeamento do projeto é elaborado um plano detalhado que contempla a calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho (Nunes, 2010). São definidas também atividades/estratégias para a concretização dos objetivos, e indicadores de avaliação que asseguram o seu cumprimento, a sua calendarização é efetuada através da formulação de um cronograma que acompanhará todo o projeto. Tendo em conta o serviço onde será desenvolvido o PIS e a temática em causa, as suas intervenções serão articuladas com a enfermeira coordenadora e equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia e responsável, equipa multidisciplinar e enfermeiros de ligação do GANDI.

3.4.1 Atividades e estratégias planeadas

Nunes (2010) refere que por atividades entende-se o elemento de trabalho realizado no decurso do projeto, em que o responsável por este tem um papel fundamental enquanto pessoa com competências para proporcionar contributos fundamentais para o avanço da prática de enfermagem. As estratégias referem-se à utilização dos meios definidos no planeamento tendo como objetivo principal utilizar de forma eficaz os recursos. Assim, para a concretização de cada objetivo específico foram delineadas atividades/estratégias a desenvolver, explicitadas e justificadas seguidamente.

Para a prossecução do 1º objetivo específico – Promover a participação da equipa de enfermagem no desenvolvimento do PIS – foram delineadas 3 atividades: Elaboração do documento com os resultados da análise de conteúdo dos questionários e entrevistas semiestruturadas; Apresentação do documento à enfermeira coordenadora e Divulgação junto da equipa de enfermagem nas passagens de turno e por correio eletrónico, com o intuito de envolver a equipa e motivar a sua participação, contribuindo para o seu sucesso.

Para atingir o 2º e 3º objetivos específicos – Promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre a importância da nutrição e hidratação da pessoa internada e Promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre o seu papel na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos – foram planeadas 8 atividades: Revisão da literatura sobre a importância da nutrição e hidratação da pessoa internada e papel do enfermeiro nesta temática; Compilação de dados estatísticos da importância da nutrição e hidratação da pessoa internada; Elaboração de plano de ação da formação; Elaboração da ação de formação; Elaboração de documento de avaliação da formação; Divulgação da formação nas passagens de turno e por correio eletrónico; Concretização da ação de formação e Aplicação de documento de avaliação da formação. Estas atividades e estratégias pretendem formar a equipa numa perspetiva organizacional realçando a competência coletiva. A ação de formação em contexto hospitalar pretende facilitar a compreensão dos processos de aprendizagem (Bártolo, 2007).

Selecionamos a formação como estratégia fulcral na execução do PIS por pretendermos integra-la no exercício do trabalho, uma vez que potencia os seus efeitos formadores e por constituir uma dimensão essencial na construção da identidade profissional, sendo importante quer para o individuo como para a organização (Bártolo, 2007). A formação profissional contínua em contexto de trabalho é a estratégia adotada pelo hospital X para manter os seus profissionais com conhecimentos atualizados, deste modo por já se tratar de algo conhecido e por elevar o potencial formativo transformando as experiencias em aprendizagens, pensamos que a formação no âmbito do tema do PIS é adequada.

O 4º objetivo específico – Identificar registos de enfermagem claros e objetivos relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada – será atingido com as seguintes atividades: Revisão da literatura sobre registos de enfermagem relativos à nutrição e hidratação da

pessoa internada; Elaboração de proposta de alteração dos registos de enfermagem no sistema de apoio à prática de enfermagem; Reunião com a enfermeira coordenadora e Elaboração de proposta de implementação da alteração dos registos de enfermagem. Os registos de enfermagem são testemunho que perdura no tempo, são forma de comunicar numa equipa, é o meio de individualização dos cuidados prestados e também os que facultam proteção legal, sendo necessário promover a sua qualidade adequação e eficácia. Pretendemos com as atividades apresentar uma proposta de alteração dos registos de enfermagem com base na revisão bibliográfica efetuada e na análise das entrevistas semiestruturadas de forma a colmatar falhas identificadas e especificar aspetos de forma clara e objetiva da nutrição e hidratação da pessoa internada pertinentes para a comunicação interprofissional eficaz, atingindo o objetivo específico 4.

Para concretizar o 5º objetivo específico – Elaborar e documentar orientações de boa prática sobre o papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos – foram delineadas 7 atividades/estratégias: Revisão da literatura; Elaboração de procedimento setorial; Validação do procedimento com a enfermeira coordenadora; Divulgação do procedimento na equipa de enfermagem nas passagens de turno, por correio eletrónico e no *dossier* de procedimentos existente no serviço; Avaliação do procedimento através da recolha de sugestões; Correção do procedimento se necessário e Implementar o procedimento. A criação de um procedimento setorial pretende ser uma linha orientadora dos cuidados de enfermagem relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos, pretendemos proporcionar aos enfermeiros um documento orientador baseado em informação fiável e atualizada para obter respostas satisfatórias de doentes e profissionais na resolução dos problemas da nutrição e hidratação.

Por último, o 6º objetivo específico – Divulgar o conhecimento promovido sobre a temática do PIS pelo hospital X – será alcançado através de 7 atividades: Reunião com responsável do GANDI; Apresentação da proposta ao responsável do GANDI para a formação aos enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI; Elaboração da proposta ao responsável do GANDI para a inclusão do procedimento setorial na Norma de Orientação Clínica (NOC) – Abordagem dos doentes submetidos a rastreio do risco de desnutrição; Dar conhecimento à equipa multidisciplinar do GANDI; Apresentação da ação de formação aos enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI; Realização da ação de

formação para os enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI e Aplicação de documento de avaliação da ação de formação. Todo e qualquer projeto pressupõe a sua divulgação, sendo o PIS um meio de resolução de um problema e suprimento de uma necessidade identificada, assumindo “um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes” (Nunes, 2010, p.31), pretendemos generalizar e divulga-lo na instituição, assim as estratégias delineadas darão a conhecer à instituição os esforços desenvolvidos para a melhoria de cuidados e obtenção da qualidade, fornecendo informação científica aos profissionais de modo adequarem as suas práticas, atingindo a excelência e obtendo ganhos em saúde.

No APÊNDICE 8, é apresentado o planeamento sob a forma de tabela, de modo claro e sistematizado, inclui os recursos necessários e indicadores de avaliação projetados para cada objetivo específico, a previsão orçamental referente a recursos humanos e materiais e a previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar. O cronograma é “um processo interativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respetivas atividades a desenvolver” (Nunes, 2010, p.20), assim realizamos um cronograma das atividades planeadas (APÊNDICE 9), que serviu para a gestão do tempo, sendo um guia orientador para o desenvolvimento do projeto, que, não sendo estanque, sofreu alterações.

3.5 Execução do projeto

A etapa de execução da metodologia de projeto preconiza a realização do que foi planeado, colocando em prática o que foi mensalmente esboçado, tornando-se numa situação real construída (Fortin, 1999; Nogueira, 2005). Para o desenvolvimento/implementação do projeto e conforme política institucional foram efetuados pedidos de autorização à Enfermeira Diretora do hospital X, à Diretora e à Enfermeira Coordenadora do serviço de Gastrenterologia para a execução do PIS, todos os pedidos foram aceites e aprovados (ANEXO II, III e IV). Em seguida passaremos a analisar as atividades/estratégias desenvolvidas e de que forma permitiram alcançar os objetivos específicos traçados.

Para a concretização do objetivo específico 1 que se caracteriza na promoção da participação da equipa de enfermagem no desenvolvimento do PIS realizamos um documento com os resultados da análise de conteúdo dos questionários e entrevistas semiestruturadas

(APÊNDICE 10) que conforme planeado encontrava-se concluído a 31/01/2014 e após ter sido apresentado à enfermeira coordenadora do serviço a 07/03/2014, adquiriu o seu parecer positivo e foi exposto aos enfermeiros nas passagens de turno e enviado por correio eletrónico por forma a todos elementos tomarem conhecimento. Com esta estratégia identificamos que a equipa ficou desperta para a problemática em causa e inclusive fomos questionados acerca do que iria ser desenvolvido, pelo que consideramos que o objetivo foi atingido por assistirmos ao interesse e motivação da equipa para esta problemática.

Para concretizar os objetivos específicos 2 e 3, a promoção da atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre a importância da nutrição e hidratação da pessoa internada e o seu papel neste âmbito, elaboramos o plano de ação da formação (APÊNDICE 11), a ação de formação e seu questionário avaliativo e respetiva corrigenda (APÊNDICE 12 e 13) de acordo com os prazos previstos, no entanto a realização da formação, que estaria planeada até 17/04/2014, foi apenas concretizada a 07/05/2014 por deliberação da enfermeira coordenadora do serviço com o intuito de agilizar e proporcionar a possibilidade à maior parte dos elementos da equipa de enfermagem de estarem presentes. Compareceram 13 elementos dos 15 convocados, um dos elementos em falta encontrava-se de férias e fora do país, o outro não justificou a sua ausência. Deste modo atingimos positivamente o indicador de avaliação com a presença de mais de 60% (9 ou mais elementos) dos elementos da equipa.

Da aplicação do documento de avaliação da formação, adquirimos das 13 avaliações resultados positivos, em que todas obtiveram uma classificação de 100% e consequentemente uma avaliação qualitativa de Muito Bom, atingindo positivamente o indicador de avaliação pela aquisição de resultado positivo em mais de 60% das avaliações.

Para executarmos o objetivo específico 4 retiramos da revisão da literatura (Capítulo 2), da análise das entrevistas semiestruturadas, da prática profissional e da reflexão crítica sobre o tema, indicações e diretrizes no sentido de adequar e especificar os registos de enfermagem no SAPE, agora SClínico, relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada. Tendo em conta que a enfermeira coordenadora do serviço se encontra envolvida e desperta para a problemática, caracterizando-se como agente ativo e interventivo no direcionamento e acompanhamento do projeto, a proposta de alteração dos registos de enfermagem foi efetuada na reunião realizada a 23/04/2014, de acordo com a data planeada.

Expusemos fundamentadamente as alterações em vista para o registo claro e objetivo da nutrição e hidratação, obtivemos parecer positivo e como a enfermeira coordenadora é a responsável pela parametrização do SClínico, as referidas alterações foram de imediato executadas. As modificações efetuadas (APÊNDICE 14) concretizaram-se no acréscimo nas especificações da intervenção de enfermagem “vigiar refeição” em que se acoplou “Quantidade alimentar ingerida Iogurte”, “Quantidade alimentar ingerida Chá” e “Quantidade alimentar ingerida Prato (Especifique Proteínas/Hidratos/Legumes)”, de modo a obter-se uma descrição concreta da ingestão nutricional, por ser um meio objetivo para a sua avaliação. No que concerne à atitude terapêutica “Reforço hídrico”, criamos uma intervenção afeta a esta prescrição, “Monitorizar ingestão de líquidos” (APÊNDICE 14), para se contabilizar e registar a quantidade de líquidos ingeridos e proporcionar comunicação interprofissional, pelo entendimento do cumprimento da prescrição.

A apresentação das alterações nos registos de enfermagem aos enfermeiros do serviço de gastroenterologia foi executada a 07/05/2014, no dia da formação ministrada por nós, rentabilizando e aproveitando a oportunidade e reunião da maior parte da equipa.

Para concretização do objetivo específico 5, elaboração e documentação de orientações de boa prática sobre o papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos, decorrente da revisão da literatura (Capítulo 2) elaboramos um procedimento setorial para o serviço de gastroenterologia (ANEXO V) denominado “Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia”, este contempla orientações e diretrizes para a nutrição e hidratação, assim como estratégias delineadas para a execução e monitorização do reforço hídrico, através da colocação de placas elaboradas por nós na unidade do doente (APÊNDICE 15), alertando os profissionais para a sua necessidade e a graduação dos jarros de água (APÊNDICE 15) por impossibilidade de aquisição de jarros já graduados que facilitem a monitorização.

Executado e concluído a 17/04/2014, data prevista, foi revisto e validado pela enfermeira coordenadora do serviço a 24/04/2014, apresentado à equipa de enfermagem a 07/05/2014 aos 13 elementos presentes para a formação, atingindo positivamente o indicador de avaliação com a tomada de conhecimento por mais de 80% (12 ou mais elementos) dos elementos da equipa, dentro da data prevista. Esta foi informada do período estabelecido

para a apresentação de sugestões, 23/05/2014, no momento da apresentação e discussão do procedimento foram dadas sugestões e alterado o procedimento a 30/05/2014. Foi ratificado pela diretora do serviço a 16/06/2014 (ANEXO V) e implementado pela enfermeira coordenadora, que o enviou para a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, sendo codificado (PS.GAST.012) a 23/07/2014 e integrado na pasta departamental do serviço na intranet a 18/12/2014, data de entrada em vigor, sendo a próxima revisão a 23/07/2017.

A concretização do objetivo específico 6 passa pela divulgação do conhecimento promovido sobre a temática do PIS pelo hospital X, é talvez a meta mais ambicionada por nós, pela disseminação dos esforços desenvolvidos no suprimento de uma necessidade que pretendeu a melhoria de cuidados, obtenção de qualidade e ganhos em saúde. Assumimos o não cumprimento das atividades planeadas, de facto “a ruptura entre o real mental e o real construído coloca ao(s) participante(s) diversos problemas” (Nogueira, 2005 *cit. por* Nunes, 2010, p.23). A atividade planeada, proposta e execução da formação elaborada aos enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI demonstrou-se complexa e com limitações na sua execução, pela necessidade de aprovação e disponibilização da sala de sessões da instituição, para além de nos termos apercebido que seria prudente levar o projeto no serviço avante e após a execução das intervenções e indicadores de avaliação, difundir estrategicamente e de forma consolidada o projeto na instituição.

No entanto é através da resolução de problemas que potencializamos competências, deste modo redirecionamos o nosso caminho e enveredamos por uma estratégia diferente, a realização de um artigo (ANEXO VI), denominado por “Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada – O Papel do Enfermeiro”, que reflete a formação elaborada, fornecendo aos leitores informação científica para adequação das práticas. Este foi elaborado de acordo com as normas de publicação da Revista Cuid´arte que é da responsabilidade do Serviço de Gestão de Formação do hospital X, foi submetido para publicação a 12/05/2014, e publicado na referida revista: Ano 7, n.º12, Novembro 2014 com ISSN 1646-7175.

Relativamente à estratégia que passa pela proposta de inclusão do procedimento setorial na NOC – Abordagem dos doentes submetidos a rastreio do risco de desnutrição, foi eliminada, uma vez que o procedimento caracterizou-se por ser unicamente destinado a enfermeiros, pelo que consideramos que não traria qualquer benefício ser incluído nesta, uma vez que esta

também se destina a outros profissionais de saúde, deste modo, numa fase futura pensamos adequar e generalizar o procedimento, caracteriza-lo como multissetorial e submeter à Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, para aprovação, codificação, divulgação e implementação em todos os serviços de internamento do hospital X.

3.6 Avaliação do projeto

A avaliação de um projeto é um procedimento no qual se verifica e consecução dos objetivos pré definidos (Nunes, 2010), com o intuito de analisar o processo e o seu produto final. O projeto descrito neste documento tem como objetivo geral “Promover a qualidade dos cuidados prestados relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada, através da uniformização de boas práticas”, deste decorrem objetivos específicos e é através da concretização dos mesmos que o objetivo geral é alcançado e se obtém o resultado final.

A avaliação da metodologia de projeto é contínua e permite a retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados (Carvalho *et al.*, 2001 *cit. por* Nunes, 2010). No desenvolvimento e avaliação do projeto reajustamos algumas atividades planeadas, sem comprometimento dos objetivos pré definidos, também o cronograma inicial sofreu alterações, introduzimos novas atividades em substituição de outras e reajustados os tempos de execução (APÊNDICE 16). Consideramos que o não cumprimento integral do cronograma e das atividades está relacionado com inexperiência, mas também com a resolução de problemas identificados, dos quais pensamos ter dado uma resposta eficaz.

Segundo Fragata (2011) para conhecermos algo devemos ser capazes de definir, medir e registar, daí deriva a importância da definição de indicadores que permitam avaliações objetivas, deste modo a identificação de resultados e concretização dos objetivos específicos, tornou-se facilitada pela avaliação obtida através dos indicadores de avaliação por nós estabelecidos para as atividades planeadas. Assim de seguida faremos uma análise da execução dos objetivos específicos alcançados com êxito e de que forma encaminharam para a concretização com sucesso do objetivo geral do projeto.

O objetivo específico 1 “Promover a participação da equipa de enfermagem no desenvolvimento do PIS” foi alcançado e concretizado com sucesso, a apresentação do documento que refletia o diagnóstico de situação proporcionou interesse na enfermeira coordenadora para a continuação e implementação do projeto por considera-lo pertinente, também a equipa de enfermagem ficou envolvida e motivada, alguns elementos foram expressando opiniões como: “de facto nós não cumprimos com o reforço hídrico” ou “realmente podemos ter mais atenção com a alimentação dos doentes”, interpretamos estes sentimentos como a consciencialização das práticas, foi notório o interesse constante, vários elementos questionavam que atividades iríamos fazer e quando as iríamos executar, tudo isto proporcionou uma equipa interativa e participativa ao longo de todo o projeto.

A realização da ação de formação que teve em vista a obtenção dos objetivos específicos 2 e 3 “Promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre a importância da nutrição e hidratação da pessoa internada” e “Promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre o seu papel na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos”, foi concluída com sucesso conforme verificamos na avaliação da formação com classificações positivas de todos os elementos. Foi notória a aquisição de conhecimento, a interação, os acenos de cabeça e as afirmações concordantes com os conteúdos lecionados, incitando-nos a afirmar que os objetivos específicos foram alcançados com êxito.

Conforme se encontrava previsto no planeamento do projeto, como indicador de avaliação após 6 meses, a 25/02/2015 realizamos um grupo focal que para além de servir de elemento avaliativo dos objetivos específicos 2 e 3, teve como objetivo apreender perceções, opiniões e atitudes sobre “Papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos”, nomear pontos fortes e fracos no desenvolvimento do seu papel e identificar áreas de melhoria. Para a sua execução elaboramos um guia (APÊNDICE 17), constituído por questões, que nós enquanto moderadores fomos inserindo no debate/discussão, e o respetivo consentimento informado para os participantes (APÊNDICE 18), que foi lido e assinado por todos os intervenientes. Da realização do grupo focal retiramos importantes conclusões e identificamos oportunidades de melhoria que foram expostas de modo pormenorizado no relatório que elaboramos (APÊNDICE 19).

Concluimos que a equipa vê e entende a nutrição/hidratação como uma prioridade no desenvolvimento no seu papel, levando-o a cabo através de intervenções e estratégias que orientam o doente para a recuperação e obtenção da sua saúde, apesar disto, identificaram algumas lacunas que constituem para nós oportunidades de melhoria, das quais salientamos a formação às assistentes operacionais sobre a alimentação e hidratação do doente por esta ser uma tarefa várias vezes delegada nelas; sugerem a criação de um refeitório, mas a inexistência de espaço barra esta proposta; identificaram o problema dos pequenos-almoços serem dados demasiado tarde, em que varias sugestões foram apresentadas e ficou acordado que a equipa iria ficar alerta e proporcionar a ingestão por parte do doente assim que possível; salientaram que as assistentes de copa não encham ou mudam a água dos jarros pela manhã, algo que a coordenadora referiu que iria resolver; transpareceram confusão na monitorização do reforço hídrico, que foi esclarecido, e referenciaram que seria proveitoso a abordagem de temas, como os jejuns desnecessários e prolongados, a atenção da classe médica para a avaliação do estado nutricional e o apoio do GANDI nas situações que o implicam, algo que com o continuar do projeto será diagnosticado, planeado, executado e avaliado.

Pensamos que após esta fase avaliativa os objetivos específicos 2 e 3 encontram-se concretizados delineando-se novos objetivos para o projeto em curso.

Também o objetivo específico 4 “Identificar registos de enfermagem claros e objetivos relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada” foi atingido, propusemos a alteração dos mesmos e assistimos à sua mudança imediata, com total concordância e prontidão da enfermeira coordenadora, o que inclusive superou as nossas expectativas e planeamento uma vez que tínhamos delineado o indicador de avaliação “Identifica a alteração dos registos de enfermagem” para um período de após três meses da proposta de alteração.

A realização do grupo focal foi para o objetivo anteriormente referido um indicador de avaliação que estaria planeado num período após seis meses, tínhamos como meta discutir a clareza e objetividade dos registos de enfermagem, ora, do debate, os intervenientes salientam que estes estão mais próximos de demonstrar o que o doente ingeriu mas admitem que não reflete o que é desenvolvido na sua totalidade ou da forma mais clara, sendo uma deficiência do sistema informático, no entanto após conversa concluimos que a informação se encontra lá mas está fragmentada, dificultando a perceção e o acesso.

O objetivo específico 5 “Elaborar e documentar orientações de boa prática sobre o papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos” foi concretizado com sucesso através da elaboração e apresentação do procedimento setorial “Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastrenterologia”, que reflete os conhecimentos que proporcionamos à equipa na formação, descreve as ações de enfermagem, o processo de enfermagem e registos do cuidado nutricional e hídrico, consiste num guia orientador para a prática de enfermagem com qualidade e excelência, como relato escrito facultado aos elementos e presente no serviço para consulta.

Após a implementação do procedimento elaboramos um plano de auditorias que como planeado foi aplicado num período após seis meses, com o intuito de avaliar o cumprimento das recomendações expressas neste. O plano elaborado foi validado pela coordenadora e aplicado com o seu consentimento a 10/06/2015, obtendo conformidade parcial (77,6%) (APÊNDICE 20) na avaliação global, esta avaliação é resultante da apreciação dos itens de estrutura que refletem as condições que o serviço proporciona para a aplicabilidade do procedimento, no âmbito da organização e gestão, formação e equipamento para a “avaliação do risco nutricional”, onde obtivemos conformidade total (100%), e da avaliação dos itens de processo que resultam da apreciação das atitudes de enfermagem e registos de enfermagem no SClínico, onde obtivemos conformidade parcial (55,2%).

Das pontuações obtidas atingimos positivamente o objetivo específico 5, no entanto, alguns critérios avaliados na auditoria devem ser refletidos e trabalhados, nomeadamente os itens: “Nos doentes em que o score de avaliação do risco nutricional é igual ou superior a 1 foi dado termo à atitude terapêutica “Avaliação do risco nutricional”, Nos doentes em que o score de avaliação do risco nutricional é de 1 ou 2 foi identificado o diagnóstico de enfermagem “Estado nutricional” com o status: risco” e “A atitude terapêutica “Dieta” tem intervenções planeadas”, sendo os que obtiveram mais avaliações não conforme, para colmatar estas necessidades projetamos efetuar formação direcionada ao esclarecimento e aplicabilidade do procedimento.

Por fim o objetivo específico 6 “Divulgar o conhecimento promovido sobre a temática do PIS pelo hospital X”, objetivo este em que as atividades foram substituídas pela elaboração e divulgação do artigo “Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada – O Papel do

Enfermeiro”, foi concretizado. A publicação do artigo pela revista Cuid´art (ANEXO VI) certifica a divulgação do conhecimento, não só pelo hospital X, uma vez que esta é produzida pelo seu serviço de gestão de formação e divulgada aos seus profissionais, mas também através da referência e exposição desta no *site* do hospital X e no *facebook* e *blog* da revista.

Concordamos que a concretização com êxito dos objetivos específicos culminaram no alcançar com sucesso do objetivo geral do projeto, a participação e envolvência da coordenadora e equipa de enfermagem do serviço, a formação impulsora de atualização de conhecimentos, a alteração dos registos de enfermagem que asseguram a comunicação, o procedimento setorial como documento orientador que perdura no tempo e o artigo publicado assegurou a promoção da qualidade dos cuidados prestados relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada, através da uniformização de boas práticas. No entanto realçamos que este projeto não é estanque e não termina por aqui, pretendemos que continue a ser profícuo e que perpetue no tempo. Para tal, no planeamento elaborado (APÊNDICE 8) prevêm-se indicadores de avaliação para o futuro, que poderão identificar necessários ajustes assim como pistas que possam constituir temáticas de análise para projetos futuros.

Este é nitidamente um projeto de melhoria contínua da qualidade e segurança da pessoa internada na nutrição e hidratação, constituiu uma mais-valia para a equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia assim como para o hospital X, uma vez que ambos existem para atender aos problemas dos cidadãos, com cuidados de enfermagem de qualidade (OE, 2002), que se refletirão nas avaliações do indicador de qualidade institucional “risco nutricional dos doentes”. Para nós o desenvolvimento, concretização e avaliação do projeto foi de um valor inestimável pela gratificação, crescimento pessoal e profissional, assim como pela aquisição de competências do enfermeiro especialista. Acreditamos que este nos despertou um olhar diferenciado e amadurecido na prestação de cuidados, que nos permite afirmar que somos enfermeiros especialistas pela prestação de cuidados altamente qualificados à Pessoa.

Das dificuldades sentidas salientamos a familiarização e desenvoltura com a metodologia de projeto, o que conduziu à reformulação e planeamento de novas atividades para a concretização do objetivo específico 6, deixando as planeadas para um futuro próximo, para além da inexperiência na sua planificação que conduziu à alteração do cronograma inicial.

4. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

As competências profissionais não se desenvolvem por acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas sim através da reflexão sobre as práticas e da reconstrução de uma identidade pessoal, sendo um processo que se desenvolve no percurso da vida com estreita relação entre saberes práticos e teóricos adquiridos na práxis clínica e na aquisição de saberes significativos através da andragogia para aplicar no quotidiano (Boterf, 2003). Estas promovem a maturidade na vertente científica, técnica e relacional da profissão, para a prestação de cuidados de elevada qualidade, tornando-nos peritos (Benner, 2001).

A OE (2011) regulamentou que o agregado de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se em competências comuns e específicas. As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas seja qual for a sua área de especialidade. É através das competências clínicas especializadas que o enfermeiro especialista demonstra possuir conhecimentos, capacidades e habilidades, cada uma destas competências ramifica-se em várias unidades de competência que possuem critérios de avaliação.

4.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

Suportados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, passaremos a analisar cada domínio e as unidades de competência inerentes, tendo por base os seus critérios de avaliação, faremos uma descrição das atividades realizadas, assim como o contributo dos aportes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade, incluindo os aportes das diferentes unidades curriculares do plano de estudos.

“São quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2010^a, p. 3).

4.1.1 A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio a aquisição de competências teve um contributo importante das unidades temáticas Ética de enfermagem, Direito da enfermagem e Ética em investigação pertencentes à unidade curricular Filosofia, bioética e direito em enfermagem do 3ºCPLEE MC. A reflexão proporcionada permitiu um crescimento profissional e pessoal que seria difícil igualar sem esse contributo, permitindo assim dar resposta às unidades de competência.

A ética é a fundamentação do agir e um valor fulcral no cuidar da pessoa humana. A dimensão ética do cuidar abarca o respeito por si como pessoa e pelos outros enquanto pessoas, integra o respeito pela dignidade, liberdade e escolha humana, comportando uma dimensão moral que resulta do que os outros esperam dos enfermeiros enquanto profissionais, como o respeito, o serviço, a competência e a justiça (Lopes & Nunes, 1995).

O processo de decisão é algo inerente à prática de cuidados. Os enfermeiros são diariamente confrontados com problemas de difícil resolução, que requerem uma análise criteriosa. O processo de tomada de decisão implica a recolha de informação preliminar, equacionando várias hipóteses de resolução do problema, sendo posteriormente analisados os prós e contras das várias hipóteses escolhendo a que for favorecida por maior evidência, e que posteriormente será avaliada em termos de efeitos e consequências.

Consideramos que a unidade de competência **A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção** foi adquirida ao longo do trajeto percorrido pela interiorização dos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão em que se verificou nos cuidados de enfermagem a preocupação da defesa da liberdade, da dignidade da pessoa e do enfermeiro pelo respeito dos valores universais da igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade (OE, 2009).

Reconhece-se que os conteúdos lecionados nas unidades temáticas referidas anteriormente proporcionaram a atualização de conhecimentos com consequente assertividade na prática profissional, consideramos no exercício de funções “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (DR - Artigo 8º, 1996) e “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariam a lei, a

ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (OE - Artigo 79º, 2009).

A referida unidade de competência foi consolidada pelo desenvolvimento do PIS. Segundo o DR (1996) no artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) cabe ao enfermeiro conceber, realizar, promover e participar em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral, neste sentido iniciou-se o PIS como forma de proporcionar boas práticas de enfermagem e o maior bem para a pessoa internada. Para o iniciar deste projeto foi explicitada a temática em causa e a sua pertinência à diretora e à coordenadora do serviço e para diagnosticar o problema foram pedidas as respetivas autorizações às mesmas (APÊNDICE 1 e 2), que incentivaram e motivaram o continuar do trabalho pelo consentimento fornecido.

Da mesma forma na aplicação do questionário e entrevista semiestruturada foram tidos e cumpridos os princípios éticos e deontológicos que daí advêm. Aquando da sua aplicação foi explicada a temática em causa, as razões da sua escolha e questionada a sua participação, ao que todos os elementos responderam afirmativamente, da mesma forma foi garantido a estes o anonimato e confidencialidade da sua identidade, para além do carácter voluntário da sua participação sem qualquer prejuízo, sendo também informados de que os dados recolhidos apenas seriam utilizados para o desenvolvimento do referido projeto.

Segundo o OE (2009) no artigo 78º do Código Deontológico, são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos em relação aos clientes e a excelência do exercício na profissão e na relação com outros profissionais. Sendo a alimentação um direito humano fundamental e o alicerce do PIS consideramos que a unidade de competência **A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais** foi atingida, na medida em que analisou-se e interpretou-se a alimentação e hidratação da pessoa internada pelo respeito desta sua necessidade e pretendeu-se com a identificação e planeamento de estratégias atingir a excelência do exercício da profissão.

O dever de cuidar da pessoa na vertente nutricional carece de ser realizado sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, sendo princípios previstos no código deontológico e vinculados à boa prática de enfermagem. Pretendeu-se com a pesquisa bibliográfica (Capítulo 2) entender a alimentação e hidratação na sua vertente biopsicossocial como forma de manter um processo efetivo de cuidado (OE, 2010^a).

Pensamos com a divulgação dos resultados do diagnóstico de situação junto da equipa de enfermagem não os recriminar mas sim incentivar e assegurar a sua participação e motivação no projeto, aumentando a segurança das práticas nas dimensões ética e deontológica.

4.1.2 B – Domínio da melhoria da qualidade

A criação de sistemas de qualidade em saúde é uma ação prioritária, na qual as associações profissionais assumem um papel fundamental. No caso da enfermagem, tal foi reconhecido pelo estado português através da criação da OE, tendo ficado decretado nos seus estatutos a necessidade de definir padrões de qualidade que permitirão refletir sobre a melhoria que se pretende atingir nos cuidados de enfermagem (OE, 2002).

Assumindo a qualidade como desígnio, estamos empenhados em garantir a sua melhoria de forma a satisfazer as expectativas dos doentes, familiares, acompanhantes e profissionais, assumindo os princípios definidos pelo hospital X como a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, o investimento na formação e valorização das competências técnicas e humanas dos profissionais, o respeito pelos utentes e pelas suas sensibilidades pessoais, culturais e religiosas, a articulação com os doentes e seus familiares no processo de reabilitação e na prestação de cuidados, a promoção de um ambiente seguro e saudável para profissionais e utentes e a utilização eficiente dos recursos (Hospital X, 2008).

Para a aquisição desta competência foram mobilizados conteúdos lecionados nas unidades temáticas Estratégias de melhoria contínua da qualidade e Gestão dos cuidados de enfermagem pertencentes à unidade curricular Gestão de processos e recursos e a unidade temática Segurança e gestão do risco nos cuidados de enfermagem pertencente à unidade curricular Enfermagem ministradas no 1º semestre do 3º CPLEE MC.

O GANDI é um projeto do hospital X que pretende analisar, interpretar e melhorar o risco nutricional do doente e como forma de atingir a qualidade nesta vertente definiu o indicador de qualidade risco nutricional dos doentes que foi assumido pelo conselho de administração como um indicador de qualidade institucional. Para a implementação das políticas geradas por este grupo foram escolhidos elos de ligação aos serviços do hospital X que pretenderam integrar este projeto, assim intitulados como elemento de ligação fomos responsáveis pela formação da equipa de enfermagem referente ao rastreio do risco nutricional.

Consideramos que a unidade de competência **B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica** se encontra adquirida uma vez que fomos e somos responsáveis pela concretização do projeto GANDI no serviço de gastroenterologia, onde disseminamos as estratégias delineadas e assistimos a sua concretização.

Para além disto participamos e somos agentes ativos no desenvolvimento da estratégia institucional, a substituição do sistema de registos SAPE para o programa SClínico, que une o Sistema de Apoio ao Médico e o SAPE de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde.

A revisão bibliográfica dotou-nos de conhecimentos sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria continua na vertente da alimentação e hidratação da pessoa internada para atualização e incorporação desses conhecimentos na prestação de cuidados. Estes têm como foco prevenir a doença, promover processos de readaptação pela alimentação e hidratação adequada, a implementação de intervenções que visem a adaptação do individuo no que concerne ao comer e beber, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, assim como a máxima independência na atividade de vida alimentar-se (OE, 2002).

Segundo a OE no artigo 88º do Código Deontológico (2009) para a excelência do exercício, o enfermeiro tem o dever de analisar o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas e manter a atualização contínua dos seus conhecimentos.

Tendo em consideração que a melhoria da qualidade dos cuidados implica a constante análise e revisão das práticas, atentando ao trabalho desenvolvido como elemento do GANDI pensamos que a avaliação do risco nutricional poderia estar a ser entendida como uma mera prática acompanhada pela indefinição do papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada, pelo que foi uma preposição primariamente validada com a coordenadora do serviço onde se pretendia desenvolver o PIS e com elementos do GANDI.

Com o diagnóstico de situação identificamos uma oportunidade de melhoria e estabelecemos prioridades de resolução dos problemas com o intuito de aperfeiçoar as práticas de cuidados. O PIS é um programa de melhoria contínua da qualidade no âmbito da nutrição e hidratação do doente internado, proporcionando a ingestão alimentar e hídrica adequada e necessária à recuperação da saúde. Como líderes do projeto GANDI no serviço de gastroenterologia cabe-nos a função de supervisionar os processos e atualizar as soluções, algo que alcançamos com o PIS. Deste modo atingimos com sucesso a unidade de competência **B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.**

Ao pensar em gestão de risco associamos à proteção da integridade física do cliente, no entanto a componente física é apenas uma porção do que compõe a pessoa. Como tal, os enfermeiros têm o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural do cliente, pelas necessidades espirituais do mesmo e envolvimento da família (OE, 2006).

Como o próprio indicador de qualidade “risco nutricional dos doentes” indica, o facto da nutrição não se encontrar adequada para a pessoa internada é um risco, assim a unidade de competência **B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro** foi adquirida pela extensa revisão bibliográfica efetuada e identificação dos fatores que contribuem para a desnutrição hospitalar, assim como as implicações que desta podem advir. O PIS é fundamentado pela preocupação com este risco, encarando a sua minimização como uma necessidade e tendo como finalidade contribuir para a sua diminuição no hospital.

A consciência de que um ambiente terapêutico e seguro promovem a alimentação e hidratação da pessoa internada foi tomada com base em evidência científica e as intervenções

e atividades planeadas pretendem que essa consciência seja transmitida e proporcionada à equipa de enfermagem do serviço envolvendo-os na gestão do risco nutricional.

4.1.3 C – Domínio da gestão dos cuidados

Segundo o DR (1996) no artigo 9º do REPE “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”. Consideramos que o desenvolvimento do PIS proporcionou a aquisição de competência na área da gestão de cuidados quer com o diagnóstico de situação, o planeamento como com a gestão do tempo efetuada para a conclusão das tarefas a que os responsáveis por este se propuseram.

Para isto foram necessários os contributos das unidades temáticas Criação de empresas, Estratégias de melhoria contínua da qualidade e Gestão dos cuidados de enfermagem pertencentes à unidade curricular Gestão de processos e recursos, e das unidades temáticas Métodos de tratamento de informação e Trabalho de projeto pertencentes à unidade curricular Investigação, lecionadas no 1º semestre do 3º CPLEE.

Uma das principais etapas do PIS é o diagnóstico de situação, para a sua execução foi necessário identificar as ferramentas adequadas a utilizar e gerir a sua aplicação aos elementos questionados e entrevistados, passando pela articulação com a equipa multidisciplinar como a enfermeira coordenadora e a diretora clínica do serviço de gastroenterologia, para além de conversas com os elementos do GANDI acerca da importância do PIS. Conscientes de que o envolvimento da equipa multidisciplinar no projeto é fulcral, pretendemos envolve-los e motivá-los para a problemática em causa como forma de garantir o seu desenvolvimento e otimizar as respostas de enfermagem.

A aquisição da unidade de competência **C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional** esteve presente ao longo do PIS, planear um projeto vai de encontro ao gerir o projeto. A definição das atividades adequadas a utilizar assim como a elaboração do cronograma visaram orientar a execução do PIS implicando a gestão dos objetivos e tempos de execução

com ganhos em saúde, intervindo na otimização dos cuidados de enfermagem para a máxima eficácia na sua organização (OE, 2002).

Das competências do enfermeiro de cuidados gerais emanam conceitos centrais da gestão de cuidados, nomeadamente ambiente seguro, cuidados de saúde multiprofissionais, delegação de tarefas e sua supervisão. É expectável que o enfermeiro especialista seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e disponibilizando assessoria aos restantes elementos da equipa (OE, 2012).

Como responsáveis pelo PIS e pelo indicador de qualidade institucional “risco nutricional do doente” munimo-nos de conhecimentos baseados na evidência científica, expressos no Capítulo 2, tornando-nos capazes de assumir o papel de consultores e peritos na área, para intervir “melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar” (OE, 2010^a, p.8).

Concordamos que existe uma limitação do tempo disponível para a prestação de cuidados, tal requer uma adequada tomada de decisão para a delegação de tarefas, e sempre a sua responsabilização. Na nutrição e hidratação do doente internado o auxílio proporcionado por quem é funcionalmente dependente dos enfermeiros no serviço é imprescindível, contudo a delegação deverá ser precedida pela garantia de que o delegado se encontra capaz de executar a tarefa, requerendo por vezes instruções mais detalhadas ou demonstração prática das tarefas e sempre a sua supervisão e orientação.

A utilização eficiente dos recursos, que implica alcançar máxima qualidade com o menor consumo de recursos, é cada vez mais essencial na prestação de cuidados. De facto a revisão bibliográfica efetuada demonstrou que o desenvolvimento eficaz do papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada não implica maiores gastos mas sim adequação das ações de enfermagem, para isto é necessária a motivação da equipa de enfermagem.

A liderança é um processo interpessoal que envolve motivação e orientação dos outros para atingir os objetivos, como tal o desenvolvimento do PIS implica liderança, que é essencial para a adequação do comportamento pretendido. O facto de termos incluído a diretora e a coordenadora do serviço, para além de elementos do GANDI na identificação e definição da

problemática a intervir fez com que estes se sintam parte integrante do projeto, assim como a reunião de opiniões com a realização dos questionários e entrevistas semiestruturadas motivou a equipa a colaborar no projeto.

Consideramos ter adquirido a unidade de competência **C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados** pelas opiniões afirmativas dadas pela equipa multidisciplinar acerca da relevância da temática do projeto, pelos pareceres positivos expressos nas autorizações obtidas, pela participação total dos médicos nas entrevistas semiestruturadas e participação de cerca de 83% do total da amostra. Enquanto líderes do PIS julgamos ter alcançado a capacidade de incentivar os outros, de planeamento, de organização, de controlo e decisão.

4.1.4 D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A aquisição desta competência deve-se ao investimento pessoal para a manutenção de conhecimentos científicos atualizados, à necessidade de crescimento pessoal e profissional para o autoconhecimento e maturação, tal se encontra comprovado pela inscrição e ingresso no 3ºCPLEE MC e 4ºCME MC. A OE (2009) no seu artigo 88º regulamenta que o enfermeiro deverá manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas, tal não seria possível sem o aporte das várias unidades curriculares lecionadas.

A obtenção de conhecimento científico é para nós um enriquecimento pessoal inestimável, no entanto não faz sentido o apoderamento desse conhecimento sem a sua posterior divulgação. Em contexto de trabalho o facto de nos encontrarmos em processo formativo deposita em nós uma responsabilidade acrescida uma vez que somos consultados pelos colegas por sermos reconhecidos como detentores de conhecimentos científicos acrescidos. Procuramos na prática clínica aplicar as aprendizagens e partilhar com os pares.

O autoconhecimento implica uma autoavaliação nas várias vertentes da pessoa sendo essencial para perceber o que nos rodeia. Os valores pessoais de cada um encontram-se na base para o desenvolvimento dos valores profissionais. A OE (2009) no seu artigo 88º refere que o enfermeiro no exercício do ato profissional deverá analisar regularmente o trabalho e

reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, assim a adequada avaliação do Eu e o apropriado conhecimento de Si permite identificar oportunidades de melhoria. Consideramos que a unidade de competência **D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade** foi desenvolvida ao longo dos estágios realizados pois permitiu-nos transformar uma oportunidade num processo de melhoria.

No âmbito do projeto a revisão bibliográfica possibilitou-nos identificar a inadequabilidade assim como a não realização de intervenções consideradas importantes na nutrição e hidratação da pessoa internada, a consciência da necessária relação com o Outro e da influência pessoal na relação profissional foi tomada. Reconhecemos que as características individuais interferem no contacto com a pessoa, dificultando a identificação e interpretação dos fatores que influenciam a desnutrição e desidratação do doente.

Ao longo do PIS assistimos à progressiva maturidade e assertividade no nosso desenvolvimento, admitimos a existência de algumas limitações que a aprendizagem continua e a revisão bibliográfica vieram colmatar proporcionando crescimento pessoal e profissional permitindo a prática do cuidar baseada em competências especializadas.

Desde o início da prática clínica temos procurado a excelência no exercício profissional, a frequência no 3ºCPLEE MC, 4º CME MC e a realização do PIS permitiu-nos diagnosticar necessidades de formação, estabelecer metas e objetivos a atingir.

O PIS permitiu mobilizar uma série de competências comuns do enfermeiro especialista conforme descrito nos itens anteriores. A intensa pesquisa e revisão bibliográfica efetuada através das tecnologias de informação e métodos de pesquisa como as bases de dados científicas, permitiu-nos a aquisição de conhecimento sólido e válido na temática do projeto baseado na evidência científica atual. Como responsáveis no serviço de gastroenterologia pelo “rico nutricional do doente” e agentes interventivos na temática “papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos” consideramo-nos aptos para nos intitularmos como líderes e facilitadores nos processos de aprendizagem nesta área.

O projeto não se baseia apenas na investigação sustentada num problema mas pretende acima de tudo intervir sobre o mesmo utilizando a metodologia de trabalho de projeto centrada na

investigação-ação, o que nos possibilitou desenvolver competências. O PIS levou-nos a aceder e conhecer as orientações nacionais e internacionais referentes ao tema assumindo-se como um projeto inovador, sendo nossa pretensão investigar e investir nesta área.

Como elementos formadores em serviço formamos a equipa de enfermagem em necessidades sentidas por esta, proporcionando o desenvolvimento das suas habilidades e competências. Atuamos como dinamizadores da prática do cuidar para a obtenção de ganhos em saúde, mobilizando as competências adquiridas no curso de formação inicial de formadores já realizado, estas alertam-nos para o saber transmitir a informação para que seja corretamente apreendida pela população-alvo, também a orientação de estudantes em contexto clínico é um desafio na nossa vida profissional, que para ser eficaz e produtiva temos a necessidade de atualizar o conhecimento, pressupondo a transmissão e apreensão pelo orientando do saber-ser, saber-estar e saber-fazer.

Pelo anteriormente descrito acreditamos ter atingido com sucesso a unidade de competência **D2 – Baseia a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento.**

4.2 Competências específicas do enfermeiro especialista

Segundo o DR (1996) no artigo 4º do REPE, “enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização 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”. A atribuição deste título certifica o enfermeiro com um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011^b, p.8648).

No âmbito do 3º CPLEE MC, unidade curricular Enfermagem Médico – Cirúrgica I, unidade temática Estágio I e II, foi proposto o planeamento para o desenvolvimento do PAC e na unidade curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, unidade temática Estágio III a sua concretização, como forma de contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento

dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade. Procuraremos ilustrar ao longo deste capítulo, que o PAC é um instrumento em que as aprendizagens estão orientadas de acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Situação Crónica e Paliativa.

Suportados no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Situação Crónica e Paliativa, foi delineado um planeamento para a aquisição e aprofundamento das competências supra citadas (APÊNDICE 21), este definiu atividades e estratégias que tiveram o intuito de alcançar um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades para a qualificação dos cuidados prestados.

A necessária certificação de competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista seja detentor de todo um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, deste modo, seguidamente passaremos a analisar com espírito crítico-reflexivo a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, de acordo com a prática clínica desenvolvida, o planeamento traçado e os aportes teóricos adquiridos.

4.2.1 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica

A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010^b, p.1). Assim os cuidados de enfermagem especializados a estes clientes deverão ser altamente qualificados e prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades. Consideram-se igualmente competências especializadas a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, bem como a prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

A excelência profissional nos cuidados especializados à pessoa em situação crítica deverá assentar em padrões de qualidade, em que os seus enunciados descritivos “visam explicitar

a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem” (OE, 2011^c, p.3). Pretendemos ao longo da explicitação da aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica apoderar-nos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, como quadro de referências no seguimento de um sistema de melhoria contínua da qualidade do nosso exercício especializado.

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica deverá estar dotado da competência **K.1, “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** (OE, 2010^b, p.3), que ramifica-se em unidades de competência nas quais nos empenhamos e desenvolvemos ações para a sua obtenção, mobilizando conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística.

Para a aquisição das unidades de competência **K.1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica** e **K.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos** propusemo-nos executar estágio de observação no Instituto Nacional de Emergência Médica, mais concretamente na viatura médica de emergência e reanimação e em caso de impossibilidade, executar estágio de observação no serviço urgência geral (SUG) do hospital X, de facto apesar do pedido de estágio ter sido efetuado com antecedência não obtivemos confirmação, deste modo executamos estágio com uma totalidade de 16 horas nos dias 13 e 14/03/2014 no SUG, acompanhados e orientados por um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica que assume as funções de chefe de equipa de enfermagem (CEE) e que mediante a norma DF.URGR.02 do hospital X (2012^a), é alguém que apresenta um elevado nível de desempenho técnico e científico.

Propusemo-nos com este estágio desenvolver a prática especializada direcionada à pessoa com focos de instabilidade de modo a responder de forma pronta e antecipada, com técnicas, conhecimentos e habilidades de alta complexidade diagnosticando precocemente complicações que daí possam advir e intervir sobre elas.

Das atividades do enfermeiro CEE salientam-se a responsabilidade pelo telemóvel de serviço do SUG com o intuito de prestar assessoria aos demais serviços do hospital, gerir recursos

humanos como forma de agilizar e prontificar a prestação de cuidados, a certificação e o registo dos testes de operacionalidade dos desfibriladores e ventiladores SUG (Hospital X, 2012^a). Todas estas atividades pretendem a satisfação do cliente na vivência de processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, pelo que a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica imprime um conhecimento aprofundado do serviço e cuidados prestados, para além da visão global do seu funcionamento, minimizando o impacto negativo na pessoa em situação crítica (OE, 2011^c).

A enfermagem em urgência pode ser definida como a prestação de cuidados a indivíduos com alterações físicas ou psíquicas, percebidas ou reais, que implicam conhecimentos de processos de doença que requerem capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, quer de âmbito geral, quer de âmbito especializado. A sua resolução tanto pode implicar apenas cuidados mínimos, como medidas de reanimação ou até mesmo ensino ao cliente ou família, encaminhamento e conhecimento de implicações ético-deontológicas (MacPhail, 2001).

O enfermeiro CEE é escalado na sala de reanimação, “para dar resposta adequada e imediata a qualquer emergência médica/trauma que surja” (Hospital X, 2012^a, p.2), assim tivemos a oportunidade de observar a sua atuação em contexto de emergência, como enfermeiro especialista, atentamos à sua resposta pronta e antecipatória a focos de instabilidade, com a execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica (OE, 2011^c), perante uma situação de paragem cardiorrespiratória identificamos a intervenção precisa, eficiente, em tempo útil e eficaz, com o conhecimento e habilidade em suporte avançado de vida (SAV) e sobretudo capacidade de gestão e liderança na execução.

Transpondo as reflexões e conhecimentos adquiridos para a prática atual e para a aquisição e desenvolvimento da unidade de competência K.1.1, consideramos que as unidades temáticas Falência multiorgânica, Múltiplos sintomas, Cuidados à pessoa com problemas cerebrovasculares e Questões éticas de enfermagem em situação complexa, foram essenciais por permitirem a aprendizagem de conhecimentos aprofundados que nos direcionam para a identificação antecipada de sinais e sintomas que se coadunam com focos de instabilidade.

Julgamos que como responsáveis pelo carro de emergência do serviço de gastroenterologia, em regime de rotatividade e elemento ativo na execução do teste do desfibrilhador, estamos

aptos para agir com prontidão, este é uma ferramenta indispensável para a reanimação cardiorrespiratória e sucesso da abordagem ao cliente em situação crítica (DGS, 2011, p.1). A formação em serviço “Organização e Funcionamento do Carro de Urgência” realizada por nós em 2010 permitiu-nos ter um conhecimento claro da sua composição e organização, capacitando-nos para o acesso rápido e minimização do erro em caso de utilização.

A atuação em emergência carece de planeamento para que a execução não fracasse, assim o mantimento do carro de emergência no mesmo local, sem obstáculos à mobilização, organizado, limpo, funcional e com fármacos e material estéril dentro dos prazos de validade é essencial, mas mais premente é a verificação da operacionalidade dos aparelhos de reanimação, de facto o teste que efetuamos ao desfibrilhador no turno da tarde, como preconizado no serviço, consiste na preparação diária para o inesperado, a inoperacionalidade de um equipamento poderá comprometer a resposta atempada.

Não podemos deixar de referir que no estágio III, tivemos oportunidade de ser formandos na formação “Carro de Emergência” no serviço de especialidades médicas, no dia 29/05/2014, em que consolidamos e atualizamos conhecimentos referentes ao tema.

Como detentores dos cursos de Suporte Básico de Vida (SBV) e SAV ministrados pelo hospital X em 2009, consideramos ter adquirido a unidade de competência K.1.2, no entanto para o desenvolvimento e aperfeiçoamento, tendo em conta que o enfermeiro especialista deverá ser detentor de conhecimentos atualizados, sólidos e válidos, foi crucial a unidade temática SAV, a consulta do documento *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*, a observação no estágio no SUG, assim como a reflexão sobre a prática.

Da leitura do documento acima referido identificamos que não surgiram alterações às diretrizes para o SBV após o ano de 2009, pelo que consolidamos conhecimentos, no entanto no se refere às indicações para o SAV, em concordância com os conteúdos da unidade temática supra citada, verificamos alterações que atualizaram os nossos conhecimentos. Das mais relevantes salientamos a importância de compressões torácicas de elevada qualidade com o mínimo de interrupções, a manutenção das compressões torácicas enquanto se carrega o desfibrilhador, desvaloriza-se o papel do murro precordial, não se recomenda a administração de fármacos via traqueal e sempre que não haja acesso endovenoso os

fármacos devem ser administrados via intraóssea, no tratamento das fibrilhações ventriculares e taquicardia ventricular sem pulso deve-se administrar 1 miligrama (mg) de adrenalina depois do 3º choque e logo que as compressões torácicas tenham sido retomadas repeti-la a intervalos de 3 – 5 minutos (ciclos alternados), a amiodarona 300 mg endovenosa também se administra após o 3º choque e já não se recomenda o uso por rotina de atropina na assistolia ou atividade elétrica sem pulso (Conselho Português de Ressuscitação, 2010).

O SAV, como protocolo terapêutico complexo requer gestão de acordo com conhecimentos das complicações e das respostas esperadas, exigindo capacidades de monitorização, avaliação, implementação e adequação das respostas de enfermagem às complicações e problemas identificados. A observação da atuação de um enfermeiro especialista na implementação do protocolo de SAV permitiu o aperfeiçoamento destas respostas e benefício no crescimento profissional através da reflexão entre o praticado e o esperado nos cuidados especializados, com conseqüente crescimento na unidade de competência K.1.2.

Também para a aquisição das unidades de competência K.1.1 e K.1.2, mediante necessidades sentidas no local de trabalho relacionadas com o transporte de doentes intra e inter hospitalar, que em algumas situações se poderão considerar críticos, planeamos adquirir conhecimentos relativos ao transporte do doente crítico e desenvolver habilidades. Pretendíamos agendar uma entrevista com o enfermeiro responsável da formação “Transporte do Doente Crítico”, no entanto esta atividade foi substituída pela participação como formandos na formação “Transporte do Doente Crítico”, no serviço de especialidades médicas a 29/05/2014.

A formação referida foi para nós de extrema importância na medida em que conjugou a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente com a administração de protocolos terapêuticos complexos, salientamos da aprendizagem a avaliação do doente conforme escala em vigor no hospital X que de imediato direciona o planeamento do transporte, este passa pelo conhecimento do doente e sua situação clínica, assim como a antevisão de potenciais focos de instabilidade, a prontidão do material necessário para cuidados técnicos de alta complexidade, o conhecimento especializado dos protocolos terapêuticos e a segurança de que o local de destino terá conhecimento e estará preparado para a chegada.

Para a aquisição a unidade de competência **K.1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas** propusemo-nos efetuar pesquisa bibliográfica referente à dor, compreendendo as suas evidências, entende-la nas várias vertentes e adquirir a capacidade de gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. Para tal, foram fundamentais os conteúdos lecionados na unidade temática Intervenções de enfermagem ao cliente com dor.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável que interfere na qualidade de vida das pessoas, sendo prioritário controlá-la, uma vez que proporciona maior conforto à pessoa, previne complicações, promove a alta precoce e contribui para a humanização dos cuidados (DGS, 2001). Em Portugal a DGS (2003) através da Circular Normativa nº 9/ DGCG reconheceu a Dor como o 5º Sinal Vital. A OE (2008) publicou o documento *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*, onde consta a abordagem da dor, princípios de avaliação e controlo da dor, e recomendações para a prática de cuidados de enfermagem, uniformizando e orientando-a para a melhoria dos cuidados. Os profissionais devem controlar a dor das pessoas e estas têm o direito ao seu tratamento.

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica na maximização do bem-estar dos clientes deverá ser capaz de proceder a uma “gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor” (OE, 2011^c). A avaliação da dor deve ser executada de forma regular e sistemática, pelo que a avaliamos em todos os turnos e tendo em conta que tem um carácter pessoal e subjetivo, incluímos na nossa prática clínica o cliente como parceiro estratégico na execução desta tarefa, este é o melhor avaliador da sua dor, pois é o único capaz de fornecer com exatidão as características da dor, localização, qualidade, intensidade, duração e frequência, assim damos ênfase ao autorrelato e para uma compreensão global do fenómeno dor, integramos na avaliação dados sobre a história de dor e as formas de comunicação não-verbal, como expressões faciais/corporais.

A monitorização da dor deve ser efetuada juntamente com os restantes sinais vitais, a partir de escalas de avaliação validadas e adequadas a cada situação, usando a mesma escala na mesma pessoa (OE, 2008). Consideramos fundamental o conhecimento obtido dos vários instrumentos de avaliação quer sejam unidimensionais como multidimensionais, a adequação da escala ao doente a ser avaliado permite uma apreciação fidedigna e eficaz.

Os cuidados especializados no controlo da dor implicam a implementação de “protocolos terapêuticos – *medidas farmacológicas e não farmacológicas* – para o alívio da dor” (OE, 2011^c). Sabemos que a gestão de protocolos terapêuticos implica o conhecimento dos fármacos e da escala analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS), que permite identificar a adequação e pertinência do fármaco de acordo com o grau de dor, para além da necessidade de terapêuticas adjuvantes (apoio psicossocial, espiritual e tratamento de outros sintomas). O conhecimento dos mecanismos de ação, efetividade, formas de administração, duração da ação, efeitos adversos e interações medicamentosas permite a gestão do projeto terapêutico e segurança do doente.

A prescrição, execução e avaliação de medidas não farmacológicas são da responsabilidade autónoma do enfermeiro, o cuidado especializado implica a aplicação de habilidades técnicas, conhecimento, intuição e sobretudo sensibilidade. Estas medidas podem-se caracterizar em cognitivo-comportamentais, físicas ou de suporte emocional. Na nossa prática aplicamos essencialmente o repouso, mobilização, aplicação de gelo e massagem no âmbito das físicas, conforto e toque terapêutico no âmbito do suporte emocional, distração e ensino de estratégias de *coping* no âmbito cognitivo-comportamental (OE, 2008; Trautman, 2001).

Para a aquisição das unidades de competência **K.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e K.1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica**, efetuamos 16 horas de estágio de observação na Unidade de Cuidados Intermédios Coronários (UCIC), nos dias 22 e 30/04/2014, e 8 horas na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), no dia 9/05/2014, do hospital X, sob a orientação de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com o intuito de obtermos conhecimentos relativos à assistência necessária à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e adquirirmos estratégias de gestão da comunicação e da relação terapêutica.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade na população portuguesa, estas têm um impacto económico que decorre da incapacidade que provocam e dos

crecentes custos do seu tratamento (DGS, 2012). Estas doenças, nomeadamente o AVC e a doença coronária, características dos doentes da UCIC e da unidade de AVC, provocam consequências negativas para o cidadão e sociedade, como causa de morte, morbilidade e invalidez colocam a pessoa perante situação de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família, em que o enfermeiro especialista deverá desenvolver competências tendo em vista minimizar o impacto negativo e a promoção do potencial de saúde (OE, 2011^e).

As situações críticas de saúde/doença ou falência orgânica, como o AVC e as doenças coronárias são geradoras de perturbações emocionais, em que a aquisição de competências inclui saber gerir a ansiedade e o medo vividos pela pessoa, facilitando os processos de luto e dignificação da morte. Na aquisição desta unidade de competência foram fundamentais os conteúdos da unidade temática Cuidados em situação de crise: cliente e família, que permitiram a reflexão sobre conceitos de pessoa e família e gestão processo de doença.

Uma situação de doença, que é uma situação de crise, é sempre geradora de *stress*, que pode ser positivo se encarado como um desafio que proporciona crescimento pessoal, ou negativo por trazer inevitavelmente angústia. O cuidado especializado de enfermagem prevê o entendimento do fenómeno *stress*, a compreensão das suas respostas, quer sejam de combate ou de fuga, a adaptação a este e o facto de que um estado prolongado de *stress* pode provocar doenças, impõe ao enfermeiro especialista o desenvolvimento de intervenções que o diminuam, através do ensino dos mecanismos e estratégias de *coping*, para o manuseamento do problema que origina *stress* e para a regulação das emoções produzidas pelo problema.

Para tal, é fulcral o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família, sabendo gerir a comunicação interpessoal que a fundamenta. A aquisição de conhecimento sobre estratégias de comunicação adaptadas à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica através do processo de relação de ajuda foi adquirido nas unidades temáticas Relação de ajuda e Espiritualidade e nos estágios onde pudemos observar como é que enfermeiros especialistas e peritos nestas unidades de competência as desenvolvem no seu local de trabalho.

A comunicação é o primeiro instrumento para que a interação e a troca se realize, é o alicerce da relação de ajuda para a pessoa e família. Inclui a troca de mensagens verbais (palavras

verbais ou escritas) e de mensagens não-verbais (comportamento, toque, gestos, postura corporal, expressões faciais). Na nossa prática clínica, comparativamente às situações de pessoa com AVC ou doença coronária, temos contato com pessoas internadas em que a sua situação clínica se agrava e revela-se numa situação de crise, neste sentido interagimos com esta e sua família num clima confortável para que partilhem sentimentos, apoiamos, informamos sobre os recursos disponíveis e avaliamos o suporte familiar.

Qualquer doença que afeta um membro da família, afeta todos os outros, pelo que também deve ser alvo do cuidar, a parceria estabelecida permite instituir um plano de cuidados adaptado e individualizado. A profissão de enfermagem centra a sua atividade na pessoa e família que cuida, estes são o seu foco de atenção e com quem estabelecemos uma relação de ajuda através da escuta e da compreensão para os ajudar a ultrapassar as suas dificuldades, como uma relação que promove alívio da ansiedade e liberta emoções (Phaneuf, 2005).

Consideramo-nos capazes de desenvolver a relação de ajuda no nosso contexto de trabalho, uma vez que aperfeiçoamos e aprimoramos através das unidades temáticas e dos estágios de observação, as capacidades de escuta ativa, de respeito e aceitação incondicional, de congruência e de empatia para com a pessoa/família. O estabelecimento de uma relação terapêutica é um processo complexo que, sem os adequados aportes teóricos e orientação por enfermeiros com maior experiência na área, falha na prossecução dos seus objetivos.

Outra das competências que o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica deverá estar dotado é a competência **K.2 Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação**. A catástrofe é um acidente grave suscetível de provocar prejuízos materiais e de vítimas, a emergência e/ou a emergência multi-vítima resulta de uma agressão a um ou mais indivíduos que lhe causam perda de saúde brusca e violenta que exigem procedimentos com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar tratamento às vítimas (OE, 2011^c).

Para a aquisição da competência K.2 propusemo-nos efetuar pesquisa bibliográfica referente ao Plano Distrital e Nacional para a catástrofe e emergência, rever conhecimentos sobre a formação que efetuamos “Plano de Emergência Interno – Equipa de Evacuação Tipo B” ministrada pelo hospital X e ITSEMAP, e identificar através de uma entrevista informal com

o núcleo estratégico do hospital X se existiram alterações ao Plano de Emergência Interno da instituição após a formação, uma vez que frequentamos a formação “Manuseamento de Extintores no Combate a Incêndios”, ministrada pelo hospital X, certificamo-nos da existência de extintores de acordo com as normas preconizadas e da sinalização correta das saídas de emergência no serviço de Especialidades Médicas do hospital X.

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil visa, em caso de ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental, possibilitar a direção das ações, a coordenação técnica e operacional dos meios e a adequação das medidas a adotar, com o objetivo de minimizar a perda de vidas e bens e os danos ao ambiente, assim como o restabelecimento, tão rápido quanto possível, das condições mínimas para a normalidade, este articula-se com os Planos Regionais, Distritais e Municipais de Emergência de Proteção Civil (Ministério da Administração Interna & Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2012).

O Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Setúbal é um instrumento da Comissão Distrital de Proteção Civil, que referencia responsabilidades, organização e o conceito da operação, bem como a mobilização e coordenação dos meios e os recursos indispensáveis na gestão do socorro, de acordo com a realidade do Distrito em matéria de riscos e vulnerabilidades, como sejam acidentes industriais, fogos florestais e ocorrências sísmicas.

O hospital X dispõe de um Plano de Emergência Interno (PEI) que visa assegurar a sua capacidade de intervenção no sentido de reduzir ao mínimo as consequências originadas por situações de risco que, apesar das medidas de prevenção adotadas, tenham evoluído para sinistros potencialmente causadores de situações de Emergência (Hospital X, 2007), os profissionais da instituição deverão ter conhecimento e seguir as diretrizes do *Procedimento de atuação perante Emergência/Catástrofe Interna (Plano de Emergência Interno)*.

O seguimento do fluxograma de atuação implica que quando detetada uma emergência o profissional dê o alarme e ligue para a linha telefónica de emergência/catástrofe, em que a telefonista ativa todos os meios preconizados para intervir, de entre eles o chefe de equipa do SUG que se deslocará ao local e definirá eventual evacuação, imperando que os profissionais tenham formação a este nível para intervir (Hospital X, 2012^b). Deste modo consideramo-nos com competências para atuar em caso de evacuação, uma vez que como

referimos temos formação em “Plano de Emergência Interno – Equipa de Evacuação Tipo B” e que após entrevista informal com uma das responsáveis do núcleo estratégico, verificamos que não existiram alterações.

Para que a implementação do PEI seja eficaz, as condições de segurança das instalações devem ser mantidas, os intervenientes e colaboradores devem contribuir para a manutenção das condições de segurança (Hospital X, 2007). Como forma de treino e aquisição da competência K.2 elaboramos uma “Lista de Verificação sobre Risco e Segurança” (APÊNDICE 22) que aplicamos no serviço onde desenvolvemos os estágios I, II e III, da aplicação do documento detetamos que os 2 extintores existentes no serviço tinham rótulos degradados e não se encontravam à altura preconizada, a avaliação foi entregue à enfermeira chefe que referiu que iria ter essa informação em conta e regularizar.

Não basta termos conhecimento da existência dos materiais a utilizar mas também saber como os manusear, desta forma concluímos que também a formação “Manuseamento de Extintores no Combate a Incêndios” nos proporcionou a aquisição da competência K.2.

Por último para que estejamos dotados da totalidade das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, refletiremos seguidamente como adquirimos a competência **K.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

Para tal, propusemo-nos efetuar pesquisa bibliográfica referente ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos e às diretivas das Comissões de Controlo da Infeção, como formandos na formação “Higienização das Mãos” pretendemos refletir sobre as práticas de acordo com os princípios transmitidos e efetuar estágio de observação com a enfermeira responsável da Comissão de Controlo de Infeção (CCI) do hospital X para apreender competências e consolidar conhecimentos, em que os conteúdos lecionados na unidade temática Falência Multiorgânica também contribuíram.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde, podendo também afetar os profissionais durante a sua atividade, assume particular relevância na pessoa em situação

crítica, uma vez que se utiliza técnicas cada vez mais avançadas e invasivas e o crescente número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia (OE, 2011^c). O Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos pretende reduzir a taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, assim como a taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos, as estratégias delineadas passam pela informação/educação; vigilância epidemiológica; normalização de estrutura, procedimentos e práticas clínicas; incentivos financeiros e monitorização (DGS, 2013).

Das estratégias da DGS, inseridas nas iniciativas da OMS, salientamos a “Campanha Nacional de Higienização das Mãos”, orientada para prevenir as IACS e garantir a segurança do doente, apesar de ser um ato aparentemente simples tem um impacto significativo na redução das IACS e conseqüentemente na morbidade e mortalidade (DGS, 2008). O hospital X aderiu a esta campanha em que o enfermeiro responsável pela CCI proporcionou formação sobre o tema aos elos dinamizadores nos serviços, estes replicaram a formação nas suas equipas, pelo que fomos formandos na formação “Higienização das Mãos” e “Precauções Básicas e Precauções Específicas” no serviço de Especialidades Médicas.

A prevenção das IACS é imperativa para a saúde pública e um dos mais importantes indicadores de qualidade dos cuidados hospitalares em que é primordial o envolvimento de todos os profissionais de saúde através do conhecimento das medidas a tomar e se necessário mudar comportamentos. O hospital X levou a cabo as medidas preconizadas pela OMS e divulgadas pela DGS através da afixação de pósteres informativos da *World Alliance for Patient Safety* sobre a higiene das mãos, estes refletem as mais recentes evidências científicas, para além disso foi reforçada a presença de solução alcoólica de base antisséptica para fricção, encontrando-se distribuída pelo serviço em locais estratégicos. Deste modo mudamos comportamentos baseados na evidência científica e como elementos participativos nas estratégias de prevenção de controlo de infeção prestamos cuidados mais seguros.

Os conhecimentos e medidas apenas são proficientes se existir uma cultura organizacional que favoreça a sua implementação na prática, pelo que a CCI é uma comissão organizacional de extrema importância. O hospital X possui uma CCI, agora denominada de CCIPRA, pela integração do conceito e objetivo “Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos”, deste modo para conhecermos os objetivos e funções do enfermeiro da CCIPRA efetuamos estágio

de observação de 8 horas no dia 28/05/2014, orientados pelo enfermeiro da CCIPRA, perito na área e especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Do estágio efetuado apreendemos que o objetivo central da CCIPRA é “prevenir e implementar as ações necessárias para identificar e reduzir o risco de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes, diminuindo as taxas de infeção hospitalar ou mantendo-as a um nível aceitável” (Hospital X, 2011, p.1), e em que o papel do enfermeiro é vasto e complexo, caracterizando-se na vigilância epidemiológica, normas de boas práticas, formação e auditorias. O enfermeiro da referida comissão necessita ter uma visão geral das pessoas e global da instituição, uma vez que faz parte da sua função emitir pareceres sobre a sua área de atuação nos mais variados projetos institucionais, para além de prestar assessoria a todos os profissionais de saúde que o interpelam. Enfocamos a motivação, empenhamento e conhecimento do profissional em causa, uma vez que o desenvolvimento de projetos implicam perseverança para a concretização do idealizado.

Nós enquanto prestadores de cuidados num serviço de internamento imbuímos-nos do espírito persistente e conhecedor do enfermeiro da CCIPRA e das diretrizes emanadas por esta, pelo que como profissionais que desenvolvem cuidados especializados, assumimos e cumprimos as normas de prevenção e controlo de infeção, primamos pela sua implementação e capacitaremos os profissionais sempre que se demonstre necessário, deste modo através da reflexão efetuada concordamos que adquirimos a competência K.3.

4.2.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crónica e paliativa são altamente qualificados e prestados quer à pessoa como aos seus familiares/cuidadores. Estes exigem o diagnóstico de necessidades que implicam uma abordagem multimodal e multidimensional, tendo em vista a satisfação do doente, a preservação da sua dignidade, maximização da sua qualidade de vida e diminuição do seu sofrimento (OE, 2014).

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, deverá estar dotado das competências **L5 - Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante**

e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e L6 - Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte, caracterizando-se como um profissional de referência que garante a assistência ao doente com doença incurável, crónica avançada ou em fim de vida e à sua família, através da construção de um “clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar” (OE, 2014, p.6).

Para adquirirmos as competências acima referidas planeamos a continuação da integração iniciada na equipa de enfermagem do serviço de especialidades médicas do hospital X, responsabilizando-se por pessoas internadas com doença crónica, incapacitante e terminal, o desenvolvimento de conversas informais com a enfermeira tutora, detentora de certificado da Pós-Graduação em Cuidados Paliativos e enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o objetivo de partilhar experiências, expor sentimentos e necessidades de aprendizagem, consolidando conhecimentos, efetuar pesquisa bibliográfica de modo a promover a aquisição de conhecimento e basear a prática em evidência refletindo sobre práticas de cuidados desenvolvidas em contexto de trabalho e direcionadas a pessoas internadas com doença crónica, incapacitante e terminal, adequando-as e especializando-as.

Na aquisição destas competências foram fulcrais os conteúdos lecionados na unidade temática Cuidados ao doente em fim de vida, o estudo de caso elaborado na unidade temática Supervisão de cuidados que tratou de forma reflexiva a aplicação das competências do enfermeiro especialista num caso de pessoa em situação crónica e paliativa, a observação e interação nos cuidados especializados desenvolvidos pela nossa tutora, para além da reflexão acerca da nossa prestação de cuidados uma vez que no contexto da nossa prática clínica somos regularmente confrontados com situações crónicas e paliativas.

Os cuidados paliativos segundo a OE (2014), corroborados pela OMS, visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com respeito pela sua autonomia, vontade,

individualidade, dignidade e inviolabilidade da vida humana. Tal como Neto, Aitken & Paldrön (2004) referem, “os cuidados paliativos promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessário formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem – física, psicológica, social e espiritual” (p.15), ora de facto é através dos cuidados paliativos que a enfermagem exerce-se numa maior abrangência, uma vez que a complexidade das necessidades exige, por parte dos enfermeiros, uma atenção para as manifestações físicas, verbais e todo o controlo sintomático, para além da necessária atenção com o estado de espírito, a postura perante os outros, a doença e a vida.

Do estágio em contexto de prática clínica e da nossa experiência no nosso local de trabalho percebemos que o sofrimento multidimensional da pessoa e família é o alvo do cuidado especializado para a promoção da qualidade de vida e bem-estar dos mesmos, em várias situações experienciadas de cuidados à pessoa com doença crónica e paliativa e sua família reconhecemos que são evidentes os sentimentos de tristeza, angústia, receio e incapacidades para lidar com a situação, a desconstrução de planos futuros obrigam a uma reorganização da vida da pessoa e família.

O planeamento dos cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa é complexo, deverá abranger o controlo sintomático, a componente psicoemocional, espiritual e sociofamiliar, deste modo, é-nos extremamente útil o conhecimento da teoria do conforto de Kolcaba no direcionamento da nossa atuação. Esta enfoca o conforto como essencial na prática de enfermagem, implicando um cuidar eficiente, holístico, individualizado e gratificante tanto para as pessoas como para o enfermeiro, as intervenções do Enfermeiro Especialista vão precisamente ao encontro desse conforto, de um alívio, transcendência e tranquilidade nas dimensões físicas, sociais e psicoespirituais (Allgood & Tomey, 2011). Reconhecemos que na nossa prática clínica, ouvimos e estamos atentos aos sentimentos e vontades evidenciados pela pessoa e família, em que através do respeito pela sua autonomia, individualidade e dignidade, proporcionamos um apoio personalizado no alívio das suas necessidades e propiciamos as suas preferências.

Assistimos por vezes a lacunas, falhas e frustração sentidas e partilhadas por alguns colegas, que pensamos que terá que ver com o facto de não conseguirem prestar verdadeiros cuidados paliativos, nesta vertente o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, aprovado em 2004

pelo Ministério da Saúde, dá importantes diretrizes para a prática de cuidados paliativos, o entendimento da morte como um processo natural, a doença como causa de sofrimento a minorar, o doente vale por quem é e vale até ao fim, o reconhecimento e aceitação dos valores e prioridades de cada doente, o sofrimento e medo perante a morte como uma realidade humana que pode ser clínica e humanamente apoiada (Ministério da Saúde, s.d.), são importantes princípios que ajudam os profissionais a paliar, evitando fármacos e exames inúteis, enquanto profissionais no cuidado especializado temos o dever de fomentar esta filosofia. No nosso local de trabalho somos interventivos na medida em que sinalizamos e alertamos para a necessária articulação com a equipa multidisciplinar, como a unidade da dor, os cuidados paliativos, o departamento de psicologia ou assistência social, funcionando como “advogados” do doente, zelando pelos seus interesses e pelas melhores decisões.

A família deverá ser ativamente incorporada nos cuidados prestados, sendo também ela objeto de cuidados quer na doença como no luto, de modo a que, de forma concertada e construtiva, compreenda, aceite e colabore nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitando de receber apoio, informação e educação (Ministério da Saúde, s.d.). Nas situações de doença crónica e paliativa, reunimos e conversamos com os cuidadores/famíliares avaliando as suas expectativas, necessidades e grau de satisfação, prevenindo o luto complicado ou patológico, educando e treinando a gestão do regime terapêutico e utilização de estratégias que diminuem os fatores que geram *stress* (OE, 2014).

No entanto, nenhum cuidado é eficaz, efetivo ou profícuo sem o estabelecimento de uma relação terapêutica que assenta em estratégias e ferramentas de comunicação adequadas. A relação terapêutica é o pilar dos cuidados paliativos, atuando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado a uma doença avançada e terminal (Querido, Salazar & Neto, 2010), esta quando desenvolvida na sua plenitude fortalece a relação enfermeiro – doente minimizando sentimentos de isolamento, solidão e medo. A realização, como formandos, da formação “Comunicação de más notícias”, atestada pelos conhecimentos adquiridos na unidade temática Cuidados à pessoa em fim de vida, permitiu compreender que a comunicação em cuidados paliativos pretende reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e indicar ao doente e família uma direção, tal só é possível através de uma parceria terapêutica com doente e cuidadores/família.

Assim como enfermeiros especialistas, no desenvolvimento do nosso cuidado especializado adequamos práticas, primamos pelo estabelecimento de uma relação terapêutica que assenta na escuta ativa, demonstramos disponibilidade para ouvir, adotamos atitude calma, proporcionamos um ambiente de privacidade e favorecedor na expressão de emoções, e, na busca de uma comunicação eficaz utilizamos frases simples, curtas e claras que não integram termos técnicos ou palavras com conotações negativas, respeitamos os silêncios, damos oportunidade para o doente e família se exprimirem e somos honestos (Twycross, 2003).

Se questionarmos o doente “neste momento o que o incomoda mais?” permite-nos perceber em que aspetos é que este se encontra mais desconfortável, sendo através da nossa disponibilidade e presença que poderá verbalizar aspetos mais íntimos, como “não quero que os meus filhos me vejam assim”, “o meu marido está em casa sozinho e precisa de mim” ou “queria muito ver os meus netos crescerem”, a dor física deixa de ser o sintoma mais presente realçando-se as preocupações e angústias subjacentes. Assim, com base numa parceria terapêutica o enfermeiro especialista deverá executar um plano de cuidados que vá de encontro aos desejos do doente, cuidadores e familiares de modo a que em conjunto definam objetivos, metas e prioridades que tenham em vista o bem-estar, satisfação e autonomia.

Tentamos no nosso exercício profissional estabelecer um contrato/negociação com o doente e cuidadores e família na designação dos objetivos e metas a alcançar com o intuito de otimizar as suas capacidades, maximizar a sua autonomia e promover o seu *empowerment*, permitindo a antecipação de crises dolorosas e exacerbação de sintomas que resultam da exaustão física e emocional, minimizando consequentemente o sofrimento físico e psicológico. Por vezes essa negociação passa por simples atividades, como combinar a hora de algum procedimento, a hora do banho e quem vai estar presente, o momento do levantar, a deslocação ao exterior para receber a família ou até para fumar um cigarro, as regras e horários do hospital não deverão constituir uma limitação.

Através da reflexão crítica descrita anteriormente, construímos o nosso quadro de referências para o exercício profissional em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, deste modo afirmamos estar dotados das competências específicas do enfermeiro especialista neste âmbito.

5. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março, no seu artigo 18º ponto 4, indica que “no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional” (Ministério da ciência, tecnologia e ensino superior, 2006, p. 2247), implicando na área da enfermagem, e mais concretamente da enfermagem médico-cirúrgica a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, e, cumulativamente a detenção de um conhecimento aprofundado num domínio especializado da enfermagem médico-cirúrgica. Para tal, o estudante terá que ter “em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão” com a finalidade de “contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na sua área da especialidade” (IPS/ESS, 2014, p.7).

Seguidamente demonstraremos de que forma é que a obtenção das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, descritas nos capítulos anteriores, nos permitiu vivenciar um crescimento pessoal e profissional que suportou e integrou a convergência na aquisição das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

A conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem são parte integrante do processo de enfermagem e inerentemente implica avaliações exaustivas do indivíduo, famílias e comunidades em situações complexas, competência que foi desenvolvida e aprimorada com a componente teórica e prática que revestiu o 3º CPLEE MC e que nos conduziu à aquisição da competência de mestre **Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem**. Este fomentou o desenvolvimento de competências essenciais aos cuidados especializados, a reflexão e a conduta ética e deontológica que nos permite sintetizar e analisar os dados das avaliações (IPS/ESS, 2014).

Diariamente formulamos diagnósticos de enfermagem que decorrem de uma avaliação assente na busca exaustiva de dados específicos e globalizantes que direcionam a prescrição de intervenções de enfermagem gerais e específicas necessárias à obtenção do estado de saúde do doente, família e comunidade. Este é um processo contínuo que requer uma avaliação constante e que implica a formulação de novos diagnósticos ou reformulação dos já definidos e respetivas intervenções de modo a que os resultados obtidos de coadunem com os resultados esperados através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem que rumem à excelência. Todo este processo implica tomadas de decisão clínicas, autónomas e seguras fundamentadas em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica (Deodato, 2008) que assegurem elevados níveis de satisfação dos clientes.

No desenvolvimento da nossa prática profissional temos por base o entendimento de que o estado de “saúde” é uma representação mental subjetiva e individual (OE, 2002), e que, como tal, nos permite avaliar a pessoa como um ser único envolto por valores, crenças e desejos, deste modo primamos pelo estabelecimento de planos de cuidados individualizados que contemplam diagnósticos de enfermagem com intervenções direcionados à resolução de problemas evidentes e/ou encobertos que pretendem através das intervenções delineadas, auxiliar e encaminhar o doente na busca do seu estado de equilíbrio nas mais variadas vertentes (física, emocional, espiritual e cultural). Também as intervenções que delineamos têm em vista a supressão de necessidades do doente que implicam as competências que adquirimos no 3º CPLEE MC de modo a “evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (OE, 2002, p.12).

A atuação do enfermeiro não se coaduna com a estagnação, pelo que procuramos a excelência no exercício profissional através da frequência e término do 3º CPLEE MC com aproveitamento e presentemente com o desenvolvimento do 4º CME MC, estes permitem e incutem a análise regular do trabalho e o reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudanças de atitude (OE - artigo 88º, 2009). Esta reflexão possibilitou a compreensão da necessária atualização de conhecimento, da formação permanente e do desenvolvimento de cuidados de enfermagem baseados em linhas orientadoras de boa prática, sendo esta a base que caracteriza os nossos cuidados, pelo que diariamente incorporamos na nossa atuação a educação de indivíduos, famílias e comunidades assente num conhecimento atualizado e científico como meio de os ajudar a alcançar o máximo potencial de saúde e a prevenção de

complicações pelo aproveitamento de oportunidades (IPS/ESS, 2014), assegurando a sua continuidade pela referenciação e receção de referencias em equipa.

É esperado do mestre em enfermagem médico-cirúrgica a integração plena do conceito de supervisão clinica, uma vez que é da sua competência avaliar a prática, assegurando serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade (IPS/ESS, 2014), entendemos que supervisão clinica em enfermagem é um processo pedagógico de aprendizagem e formação em que o supervisor orienta o supervisionado no seu progresso humano, educacional e profissional através de procedimentos de reflexão e experimentação que visam o desenvolvimento de competências, atitudes e responsabilidades no desempenho de um trabalho de qualidade (Alarcão & Tavares, 2003).

Consideramos ter adquirido a competência de mestre supra citada que foi desenvolvida na unidade curricular Supervisão de cuidados e aprimorada no decorrer da execução e avaliação do PIS por sermos agentes de mudança e adequação de práticas referentes ao tema do projeto orientando os pares para a proteção da pessoa e segurança dos cuidados na alimentação e hidratação do doente internado, somos também responsáveis pela formação de estudantes, sendo reconhecidos como elemento de referencia por parte da chefia na sua orientação, formação e supervisão, no entanto temos vontade de continuar a dar passos nesta matéria pois, com candidatura aprovada aguardamos por convocatória para a Formação Especifica em Supervisão Clinica de Prática Tutelada em Enfermagem, pela ordem dos enfermeiros.

A qualidade em enfermagem exige reflexão sobre a prática, sendo precisamente desta meditação que surgem pensamentos de necessidades formativas, de aquisição de conhecimento e competências, paralelamente ao referido a nossa vontade e motivação para aprender impulsionou a realização do 3º CPLEE MC e 4º CME MC no sentido de desenvolver aprendizagens profissionais, o autoconhecimento e a assertividade, pelo que consideramos ter adquirido a competência de mestre **Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.** Primamos por ser enfermeiros de referência na prestação de cuidados assentes em sólidos e validos padrões de conhecimento, com níveis elevados de julgamento clinico e de tomadas de decisão, e, sobretudo, sermos agentes de mudança.

Valorizamos a formação como um meio crucial para a mudança, esta impulsiona a inovação e a criatividade, desenvolve a vertente humanística e técnica, facilitando a resolução de problemas (Carvalho, 2003), no entanto, mais do que uma vontade, a aprendizagem é um dever, em consonância com o legislado no código deontológico do enfermeiro para a excelência do exercício, o enfermeiro tem o dever de “manter a actualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE - artigo 88º, 2009).

É através do nosso desenvolvimento pessoal e profissional que contribuímos para a qualidade dos cuidados em enfermagem e segurança do cliente, o que implica uma influência e direcionamento dos pares, assim como o progresso do contexto de prática clínica e consequentemente da instituição, mais acrescentamos que é a aquisição de conhecimento que nos torna competentes e que ao mesmo tempo nos mostra oportunidades de melhoria e/ou aprendizagem que tentamos colmatar, atualmente estas são expressas no nosso projeto profissional e avaliado o seu cumprimento no final do biénio, como forma de apreciar e conotar o desempenho do profissional.

Ser membro de uma equipa multidisciplinar implica a interação numa relação de interdependência que tem em vista um propósito comum, pelo que, para o seu bom funcionamento e colmatar de objetivos é fulcral o respeito pelas competências de cada membro. Ora, enquanto elementos de uma equipa de saúde assumimos o dever de atuar responsabilmente na nossa área de atuação, respeitamos a especificidade das outras profissões e os limites da área de competência de cada um, conforme se encontra legislado no código deontológico do enfermeiro, artigo 91º (OE, 2009). O conhecimento que detemos sobre os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as ciências de enfermagem direccionam a nossa atuação e delimitam a nossa área de intervenção.

Somos parte integrante de uma equipa multidisciplinar que diariamente atua em complementaridade num processo de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da doença, promovendo a qualidade dos serviços prestados (OE, 2009), e numa área mais específica fazemos parte de um grupo multidisciplinar, GANDI, que atua em prol de um indicador de qualidade institucional, “Risco nutricional dos doentes”, em que o enfermeiro tem um papel fulcral pois é o responsável pela implementação das intervenções

e estratégias delineadas pelo grupo. Enquanto elo de ligação do contexto da prática clínica ao grupo, atuamos em colaboração para melhorar a saúde global da comunidade, pelo que afirmamos ter adquirido com sucesso a competência de mestre **Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.**

A metodologia de trabalho de projeto utilizada no PIS implicou o envolvimento da equipa multidisciplinar para o diagnóstico de situação, e em particular da equipa de enfermagem para desenvolvimento de todo o projeto, no qual salientamos a nossa pro-atividade e empenho na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, e particularmente nos cuidados relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada, conotados como consultores e modelos de prática nesta área específica, somos solicitados pela equipa de enfermagem para a resolução de problemas e tomadas de decisão neste campo de intervenção.

A prestação de cuidados diários e constantes encontram-se envoltos por tomadas de decisão autónomas ou interdependentes que devem ser adequadas e assertivas, pois serão o meio de colmatar as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa e/ou família, esta deve ser tomada de forma reflexiva, racional, direcionada e isenta de juízos de valor.

A tomada de decisão é um importante elemento na qualidade dos cuidados em todos os domínios de intervenção de enfermagem, implicando uma abordagem sistémica e sistemática que pretende a consecução dos objetivos propostos (OE, 2002). Para tal, reconhecemos a relevância de incorporar na prática conhecimento válido e sólido, decorrente de resultados da investigação e guias orientadores de boa prática, de facto a frequência do 3º CPLEE MC e 4º CME ME proporcionou-nos a construção e aquisição de argumentos rigorosos que fundamentam o nosso “agir” autónomo e responsável que concorre para a excelência do exercício profissional e consequentemente a aquisição da competência de mestre **Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

Salientamos que todo o projeto e desenvolvimento de competências foram acompanhados por evidência científica atualizada e decorrente de fontes de informação credível e válida que imputam no nosso exercício profissional enquanto enfermeiros especialistas e futuros mestres em enfermagem médico-cirúrgica um corpo de conhecimentos que nos proporciona

a capacidade de resolução de problemas de forma fundamentada que contribui para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados no serviço e conseqüentemente na instituição. Acreditamos que a nossa formação e mais concretamente o desenvolvimento do PIS foi uma base estrutural e forte influência na melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no que concerne ao “papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registros”, pela formação executada, elaboração do procedimento setorial e publicação do artigo referente ao tema.

Aluímos a um raciocínio lógico que seja interpretativo, de análise e de inferência como base do processo de tomada de decisão, sendo necessário a avaliação e interrogação constante do processo cognitivo como meio de minimizar a influência dos nossos valores pessoais e profissionais na tomada de decisão, com a adoção de uma conduta responsável e ética, que atua no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (DR, 1996). Garantimos deste modo a consideração dos princípios da autonomia, justiça e beneficência, e reconhecimento pela dignidade da vida humana, dos valores, costumes e religiões para uma prática com sensibilidade para lidar com as diferenças e perseguir os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (OE, 2002).

A investigação científica “é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos” (Fortin, 1999, p.15), esta leva à aquisição de novos conhecimentos que se reúnem numa base científica que guia a prática e assegura a credibilidade da profissão. Na área das ciências da enfermagem, a investigação incide sobre os cuidados e o seu efeito nos clientes, famílias e comunidades ou até mesmo sobre o contexto onde se desenvolve essa prática de cuidados, conduzindo à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina (Fortin, 1999). Qualquer que seja o nível de formação, todos os enfermeiros devem considerar, conforme descrito no REPE, conceber, realizar, promover e participar em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral (DR, 1996).

Considerando o descrito anteriormente assumimos que a frequência no 3º CPLEE MC e 4º CME MC nos permitiu e direcionou ao acesso de conhecimento atual, válido e científico resultante da investigação, para além de ter orientado a nossa pesquisa no sentido de bases de dados pertinentes e relevantes fontes de conhecimento. Esta filosofia direcionou o nosso

caminho para o desenvolvimento da melhoria contínua dos cuidados que prestamos no sentido da excelência do exercício, através da identificação, análise e implementação dos resultados da investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas.

A realização do PIS através da metodologia de trabalho projeto permitiu-nos centrar na resolução de um problema real através de um processo de investigação-ação do qual estávamos convencidos da sua importância, a pesquisa bibliográfica e utilização dos contributos das evidências mais recentes na temática em questão permitiu a elaboração e desenvolvimento de um projeto com claro contributo para a prática e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na nutrição e hidratação da pessoa internada no serviço de gastroenterologia do hospital X, contribuindo deste modo para a instituição de práticas baseadas na evidência, através da formação e elaboração de um procedimento setorial.

A conceção do artigo sobre a temática do PIS e a sua divulgação na revista do hospital X foi um importante contributo para a cultura organizacional fundamentada na prática de enfermagem baseada na evidência, incitando os profissionais da instituição ao desenvolvimento de uma prática de prestação de cuidados de qualidade.

Pelo referido consideramos ter adquirido a competência de mestre **Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

Também o caminho profissional percorrido permitiu a aquisição da competência de mestre **Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e dos colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular**, a frequência com sucesso do 3º CPLEE MC e atualmente a frequência do 4º CME MC proporcionou-nos argumentos válidos e consistentes no desenvolvimento da atividade profissional e da conduta profissional assente num processo de constante diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação no sentido da identificação de necessidades pessoais e profissionais com consequente ajuste e reajuste na busca da excelência profissional.

No entanto o progresso desta competência prendeu-se com a aquisição e desenvolvimento da metodologia de trabalho de projeto utilizada no processo formativo após a identificação de uma oportunidade de melhoria, esta iniciou-se com o diagnóstico de situação que foi executado através de questionários e entrevistas que permitiram a identificação do problema geral e dos problemas parcelares do projeto, o qual estávamos motivados a levar a cabo, definimos objetivos e planeamos atividades e estratégias que foram executadas e avaliadas. Como projeto no âmbito da melhoria contínua da qualidade e concorrente para um indicador de qualidade institucional, integrou investigação na área da temática em estudo e a formação de pares. Com uma avaliação positiva, acreditamos e asseguramos que é um projeto que melhorou a qualidade dos cuidados prestados, aproximou o exercício profissional à sua excelência e sobretudo atendeu às necessidades dos cidadãos e segurança dos clientes.

Acreditamos na potencialidade do projeto desenvolvido e deste modo ambicionamos a sua exponenciação, pelo que, para se tornar profícuo elaboramos e publicamos um artigo que pretendeu a difusão de conhecimento, visibilidade e integração da cultura científica.

Afirmamos que enquanto enfermeiros e cumulativamente enquanto estudantes regemo-nos pelo código deontológico do enfermeiro e pelo REPE, atuando em conformidade com as leis que regem a profissão, mas acima de tudo orientamos o nosso exercício em prol da missão do mandato social da profissão de enfermagem refletido nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que pretendem a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011^d).

No nosso local de trabalho assumimos e dirigimo-nos pela política de enfermagem regulamentada e difundida na instituição, esta assenta nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, motivo pelo qual integramos o projeto do serviço onde prestamos cuidados, a acreditação da idoneidade formativa do contexto de prática clínica, através da candidatura aceite à supervisão clínica em prática tutelada em enfermagem, uma vez que acreditamos que é um importante meio de precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos (OE, 2011^d).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trajeto realizado ao longo do 3º CPLEE MC e 4º CME MC foi um espaço de aprendizagem de importância vital, que conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, contribuindo para o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho e na procura da excelência dos cuidados. Toda esta aprendizagem e o trabalho desenvolvido, neste longo mas gratificante caminho, concorreu para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade.

A permanente atualização de conhecimentos é um dever ético e deontológico do enfermeiro, revestido pela responsabilidade assumida perante a sociedade. Estamos de acordo que cuidar em enfermagem pressupõe um conhecimento atualizado, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos específicos, pois a diversidade e especificidade do cuidar implicam uma diferenciação profissional dos cuidados. Para tal foi fulcral o empenho, a dedicação, a atitude ativa e participativa para a aquisição de novas competências.

Estes ciclos de estudos permitiram um crescimento pessoal e profissional, enriquecido pela componente teórica e pela componente prática através dos estágios, estimulando a revisão da literatura bem como o pensamento crítico e reflexivo.

A execução e concretização do PIS proporcionou-nos uma oportunidade de refletir e desenvolver uma área de interesse em que os responsáveis do projeto já se encontravam envolvidos. Consideramos uma mais-valia para o próprio assim como para o seu contexto de trabalho na obtenção da qualidade no exercício profissional, essencialmente pela utilização da metodologia de trabalho de projeto que permitiu uma dinâmica entre teoria e prática em que o investigador interfere no próprio campo de investigação. A nossa pretensão passou por tornar o conhecimento efetivo, não só no local de trabalho mas também na instituição no qual está afeto, permitindo simultaneamente o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, algo que concluímos com sucesso. Por

outro lado o planeamento e desenvolvimento do PAC na aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e situação de doença crónica e paliativa, proporcionou-nos a aquisição de competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados na nossa área de especialidade.

A teórica que nos orientou na abordagem ao tema do PIS, que enfatiza a centralização dos problemas no enfermeiro, proporcionou-nos uma visão clara e direcionada do objeto de estudo facilitando o processo de introspeção e consciencialização da enfermagem de tal forma que sentimos a necessidade de também nos apoiarmos no modelo da mudança baseada na evidência, em que a mudança das práticas está assente no conhecimento válido, sólido e comprovado cientificamente, de modo a atingirmos uma abordagem holística da problemática. Para além disto a extensa pesquisa bibliográfica efetuada permitiu a aquisição de um vasto conhecimento no tema do PIS apoiado em evidência científica o que nos coloca numa posição fundamentada para assessoria. Assim consideramos ter atingido o objetivo contextualizar conceptual e teoricamente o tema do PIS.

Apesar do local onde se desenvolve o PIS ser o contexto de trabalho julgamos que o dia-a-dia rotineiro e enleado de práticas de cuidados desatenta-nos da visão necessária a ter do respetivo serviço, assim a premissa necessária da caracterização do local da investigação instigou-nos à pesquisa e conversas com a enfermeira coordenadora para a melhor compreensão e conhecimento deste, atingindo o objetivo a que nos propusemos caracterizar o local onde se desenvolve o PIS.

Como referimos anteriormente, a realização do PIS na área escolhida foi uma oportunidade agradável e positiva de trabalho não só por enveredarmos por uma temática em que já nos encontrávamos a trabalhar, mas também por a desenvolvermos de acordo com diretrizes adequadas, rigorosas e exigentes, proporcionadas pela instituição escolar e seus docentes, deste modo consideramos que o objetivo de explicitar a escolha da temática do PIS foi alcançado.

A utilização da metodologia de trabalho de projeto no PIS, através das suas várias etapas, permitiu a resolução de um problema identificado e proporcionou mudança, em que, também

através dela adquirimos e aprofundamos competências comuns do enfermeiro especialista, para além do desenvolvimento de capacidades e características pessoais e profissionais. Alcançámos desta forma os objetivos, apresentar de forma fundamentada e crítica as etapas desenvolvidas do PIS e efetuar uma análise crítica e refletida sobre a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista.

O planeamento do PAC para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista foi fulcral na obtenção das mesmas, a execução das atividades/estratégias delineadas guiaram-nos de forma eficaz na obtenção do nosso objetivo final, o desenvolvimento de competências que asseguram a prestação de cuidados especializados, com posterior aquisição do título de enfermeiro especialista e a excelência no exercício profissional, assim consideramos que atingimos positivamente o objetivo de efetuar uma análise crítica e refletida sobre a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em situação de doença crónica e paliativa.

Por fim, salientamos a aquisição das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, que foram adquiridas no percurso descrito neste trabalho, a sua análise e reflexão crítica, inspirada no código deontológico do enfermeiro, no REPE, no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, nos regulamentos das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa e nos padrões de qualidade dos cuidados especializados nas áreas referidas, proporcionaram conhecimento aprofundado e elevada capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão relativas a um campo de intervenção que nos incentiva a afirmar que estamos capacitados para a obtenção do grau de mestre.

Concluimos assim que a realização deste trabalho promoveu enriquecimento pessoal a todos os níveis justificando o investimento efetuado. No entanto salientamos como limitação deste a forte componente “falta de tempo” que tentamos colmatar através de uma gestão eficaz, mas, temos consciência que continua a ser necessário utilizá-la para trabalhos futuros de modo a obter o desenvolvimento pleno.

BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José - **Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. Coimbra: Edições Almedina, 2003. ISBN: 978-972-40-1852-2.

ALLIGOOD, M.; TOMEY, A. – **Modelos y teorías en enfermería**. 7^a ed. Barcelona: Elsevier, 2011. ISBN 978-84-8086-716-0.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA) - ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. **Journal of the American Dietetic Association**. Elsevier. ISSN 0002 – 8223. N. ° 9 (1994), p. 838 - 839.

BÁRTOLO, Emília - **Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar – um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos**. 1^a ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-270-9.

BECK, A.M.; BALKNAS, U.N.; CAMILO, M.E.; FURST, P.; GENTILE, M.G.; HASUNEN, K.; et al. - Practices in relation to nutritional care and support--report from the Council of Europe. **Clinical Nutrition**. [Em linha]. Vol. 21, N. °4 (2002), p. 351 - 354. [Consult. 03 Dez. 2013]. Disponível em http://vbn.aau.dk/files/55809910/Practices_in_relation_to_nutritional_care_and_support_report_from_the_Council_of_Europe..pdf

BEGHETTO, Mariur G.; MANNA, Bibiana; CANDAL, Andréia; MELLO, Elza D. de; POLANCZYK, Carisi A. – Triagem nutricional em adultos hospitalizados: Nutritional screening in inpatients. **Revista de Nutrição**. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas. ISSN 1415 – 5273. Vol. 21, N. ° 5 (2008), p. 589 – 601.

BENNER, Patricia - **De Iniciado a Perito - Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BEST, Carolyn – **Nutrition: a handbook for nurses**. 1ª ed. United kingdom: Wiley - Ackwell, 2008. ISBN 978-0-470-06131-2.

BLOOMFIELD, J.; PEGRAM, A. – Improving nutrition and hydration in hospital: the nurse's responsibility. **Nursing Standard**. [Em linha]. Vol. 26, N.º 34 (2012), p. 52 – 56. [Consult. 13 Nov. 2013]. Disponível em <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2012.04.26.34.52.c9065>

BOOG, M.C.F. - O papel do enfermeiro no cuidado nutricional ao paciente hospitalizado. **Revista Campineira de Enfermagem**. Vol. 2, N.º 1 (1999), p. 17 - 21.

BOTERF, Guy - **Desenvolvendo a Competência dos Profissionais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003. ISBN: 2-7081-2445-5.

CAMPOS, Sílvia; BOOG, Maria – Cuidado nutricional na visão de enfermeiras docentes. **Revista de Nutrição**. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas. ISSN 1415 – 5273. Vol. 19, N.º 2 (2006), p. 145 – 155.

CARDOSO, C.; VIEIRA, A.; NUNES, N.; HORTELÃO, D.; MAMEDE, P.; RODRIGUES, S.; CUSTÓDIO, C.; MELO, A.; LOBATO, C. – **XXIII Reunião anual do núcleo de gastroenterologia dos hospitais distritais**. Sem ed. Portimão: Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio e NGHD, 2008.

CARVALHAL, Rosa - **Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectivas dos Actores**. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003. ISBN: 972-8383-40-1.

COMISSÃO DE FORMAÇÃO – ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Recomendações para a elaboração de guias orientadores de boa prática de cuidados**. [Em linha]. 2007. [Consult. 21 Dez. 2013]. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf

CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO – **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010**. 2010. [Em linha]. [Consult. 02 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>

CORREIA, Maria; CAMPOS, Antonio - Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. **Nutrition**. [Em linha]. Vol.19, N. ° 10 (2003), p. 823 – 825. [Consult. 26 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.nutricionclinica.sld.cu/RecursosGenerales/ELANInformeFinalAmericas.pdf>

COUNCIL OF EUROPE – COMMITTEE OF MINISTERS – **Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals**. 2003. [Em linha]. [Consult. 09 Out. 2013]. Disponível em <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>

DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade**. Coimbra: Almedina. 2008. ISBN: 978-972-40-3401-0.

DIARIO DA REPUBLICA (DR) – Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. [Em linha]. N.º 205 (1996). P. 2959-2962. [Consult. 03 Nov 2013] Disponível em <http://dre.tretas.org/dre/77046/>

DIAS, A.; et al. – Registos de enfermagem. **Servir**. Lisboa: Associação católica de enfermeiros e profissionais de saúde. (2001), p. 267 - 271.

DICKINSON, A.; WELCH, C.; AGER, L.; COSTAR, A. - Hospital mealtimes: action research for change?. **Proceedings of the Nutrition Society**. Republic of Ireland. ISSN 0029 – 6651. Vol. 64, N. °3 (2005), p. 269 – 275.

DIRECÇÃO - GERAL DA SAÚDE (DGS) – **Plano Nacional da Luta contra a Dor**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-95-7.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) – **Campanha nacional de higiene das mãos.** Lisboa: Ministério da Saúde. 2008. [Em linha]. [Consult. 08 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/manuais-deboas-praticas/campanha-nacional-de-higiene-das-maos-pdf.aspx>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) – **Circular normativa N° 09/DGCG – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.** Lisboa: Ministério da Saúde. 2003. [Em linha]. [Consult. 04 Jun. 2014]. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) – **Orientação 008/2011 - Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde.** Lisboa: Ministério da Saúde. 2011. [Em linha]. [Consult. 02 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011.aspx>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) – **Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Orientações Programáticas.** Lisboa: Ministério da Saúde. 2013. [Em linha]. [Consult. 10 Jul. 2015]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/ppcira-orientacoes-programaticas-pdf.aspx>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) – **Programa nacional para as doenças cerebrocardiovasculares – orientações programáticas.** Lisboa: Ministério da Saúde. 2012. [Em linha]. [Consult. 05 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload3/programas-nacionais-prioritarios-doencas-cerebro-cardiovasculares-pdf.aspx>

DUCHINI, Lya; JORDÃO, Alceu; BRITO, Tatiane; DIEZ – GARCIA, Rosa – Avaliação e monitoramento do estado nutricional de pacientes hospitalizados: uma proposta apoiada na opinião da comunidade científica. **Revista de Nutrição.** Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas. ISSN 1415 – 5273. Vol. 23, N.º 4 (2010), p. 513 – 522.

EDWARDS, J.S.A.; HARTWELL, H.J. - Hospital food service: a comparative analysis of systems and introducing the “Steamplicity” concept. **Journal of Human Nutrition and Dietetics.** [Em linha]. Vol.19, N.º 6 (2006), p.421-430. [Consult. 05 Dez. 2013]. Disponível

em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=07652757-b7e8-483b-b947-bd81b3ffac07%40sessionmgr198&vid=1&hid=101>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL (ESS-IPS) – **Guia Orientador do Estágio I e II 2º Semestre: 3º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica**. Ano Letivo 2013/2014.

FORSYTH, D.M.; LAPID, M.I.; ELLENBECKER, S.; SMITH, L.K.; O'NEIL, M.L.; LOW, D.J.; CLOBES, J.E.; DRIER, J.A.; SEIFERS, M. – Hydration status of geriatric patients in a psychiatric hospital. **Mental Health Nursing**. [Em linha]. Vol. 29, N.º 8 (2008), p. 853 – 862. [Consult. 11 Dez. 2013]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=850ced49-61d1-48f5-b6a6-7c585ab7d0f7%40sessionmgr114&vid=1&hid=101>

FORTIN, Marie – Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972 – 8383 – 10 – X.

FRAGATA, J. - **Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática**. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2011. ISBN 978-972-757-797-2.

FREDERICO, M.; LEITÃO, M. - **Princípios de administração para enfermeiros**. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda, 1999.

GARCIA, Rosa W. D. – A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planeamento. **Revista de Nutrição**. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas. ISSN 1415 – 5273. Vol. 19, N.º 2 (2006), p. 129 – 144.

GEORGE, Julia B. – **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2000.

GIL, António Carlos - **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2010. ISBN 978-85-224-5823-3.

GONÇALVES, Patrícia; LOPES, Ana Rita; COSTA, Vânia – Avaliação do desperdício alimentar e fatores associados em idosos hospitalizados. **Revista APNEP**. [Em linha]. Vol. VII, N.º 1 (2013), p. 10 – 14. [Consult. 10 Dez. 2013]. Disponível em <http://revista.apnep.pt/index.php/abril-2013>

HENRIQUES, Andreia – **Avaliação do risco nutricional da DAD na qualidade de vida** [Tese de licenciatura]. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação - Universidade do Porto, 2006.

HOSPITAL CATERERS ASSOCIATION & ROYAL COLLEGE OF NURSING – **Protected mealtimes: policy**. [Em linha]. UK: NHS, s.d.. [Consult. 08 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.hospitalcaterers.org/documents/pmd.pdf>

HOSPITAL X – **Descrição de funções do chefe de equipa de enfermagem do serviço de urgência geral (DF.URGR.02)**. Conselho de Administração, 2012^a.

HOSPITAL X - **Manual de Acolhimento de novos Profissionais**. Serviço de Gestão da Formação, 2008.

HOSPITAL X – **Plano de emergência interno**. SUCH / ITSEMAP, 2007.

HOSPITAL X – **Procedimento de atuação perante emergência/catástrofe interna (plano de emergência interno) (GRI.05)**. Conselho de Administração, 2012^b.

HOSPITAL X – **Regulamento da comissão de controlo de infeção (REG. CCIF.01)**. Conselho de Administração. 2011.

JEFFRIES, D.; JOHNSON, M.; RAVENS, J. - Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. **Journal of Clinical Nursing**. [Em linha]. Vol. 20, N.º 3 - 4 (2011), p. 317 – 330. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=90eada75-798d-448c-9619-7631895a6ce0%40sessionmgr112&vid=1&hid=101>

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE (IPS-ESS) – **Guia de Curso 1º Semestre: 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**
Ano Letivo 2014/2015.

KONDRUP, J.; ALISSON, S.P.; ELIA, M.; VELLAS, B.; PLAUTH, M. - ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. **Clinical Nutrition.** [Em linha]. Vol. 22, N. º4 (2003), p. 415 – 421. [Consult. 29 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614%2803%2900098-0/pdf>

LENNARD-JONES, J. - **A positive approach to nutrition as treatment.** 1992. [Em linha]. [Consult. 10 Nov. 2013]. Disponível em http://www.bapen.org.uk/pdfs/bapen_pubs/pub_kings_fund.pdf

LOCHS, H.; ALLISON, S.P.; MEIER, R.; PIRLICH, M.; KONDRUP, J.; SCHNEIDER, S.; VAN DEN BERGUE, G.; PICHARD, C. - Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics. **Clinical Nutrition.** [Em linha]. Vol. 25, N. º2 (2006), p. 180 - 186. [Consult. 16 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614%2806%2900051-3/pdf>

LOPES, Armandina; NUNES, Lucília - Enquadramento Da Ética Na Enfermagem. **Servir.** Lisboa: Associação católica de enfermeiros e profissionais de saúde. N. º 43 (1995), p. 297301.

LOPES, Manuel J. **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações.** Oeiras: Gráfica 2000, 1999. ISBN 972-98149-0-2.

MACPHAIL, Estelle – **Capítulo 1 – Panorâmica da enfermagem de urgência.** In SHEEHY, Susan - **Enfermagem de urgência da teoria à prática.** 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-16-9.

MARTINS, Amaro; PINTO, Ana; LOURENÇO, Cidolina Maria; PIMENTEL, Elisa; FONSECA, Isabel; ANDRÉ, Maria João; ALMEIDA, Maria Paula Portela; MENDES, Odete da Silva; SANTOS, Rosa Marques – Qual o lugar da escrita sensível nos registos de

enfermagem?. **Pensar Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 12, N.º 2 (2008), p. 52 – 61. [Consult. 17 Dez. 2013]. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf

MATOS, L.; TEIXEIRA, M.A.; HENRIQUES, A.; TAVARES, M.M.; ÁLVARES, L.; ANTUNES, A.; AMARAL, T.F. – Menções sobre o estado nutricional nos registos clínicos de doentes hospitalizados. **Acta Médica Portuguesa**. [Em linha]. Vol. 20, n.º 6 (2007), p. 503 – 510. [Consult. 09 Out. 2013]. Disponível em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/media/1154/acta-m%C3%A9dica-portuguesa_men%C3%A7%C3%B5es-sobre-o-estado-nutricional_2007.pdf >. ISSN 0870 – 399X.

MATOS, Luís Rego Costa – **A desnutrição associada à doença na admissão hospitalar: um contributo para o rastreio**. Porto: Faculdade de ciências da nutrição e alimentação – Universidade do Porto, 2007.

MATOS, Luís Rego Costa - **Desnutrição Hospitalar no Momento de Admissão**. [Tese de licenciatura] Porto: Faculdade de ciências da nutrição e alimentação – Universidade do Porto, 2004.

MÉDART, Jacques - **Guia Prático Climepsi da Nutrição – a alimentação preventiva e curativa**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-236/07.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA & AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL – **Plano nacional de emergência de proteção civil**. Lisboa, 2012. [Em linha]. [Consult. 07 Jun. 2014]. Disponível em http://www.proteccaocivil.pt/Documents/PNEPC_CP_2012.pdf

MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR – **Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março**. Lisboa: D.R. I SÉRIE-A. 60 (2006-03-24) 2242-2257.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Programa nacional de cuidados paliativos**. Lisboa, s.d. [Em linha]. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79CE9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY – **Protected mealtimes review: findings and recommendations report**. [Em linha]. UK: NHS, s.d.. [Consult. 08 Nov. 2013]. Disponível em

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60060&type=full&se rvicetype=Attachment>

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY & ROYAL COLLEGE OF NURSING – **Water for health: Hydration best practice toolkit for hospitals and healthcare**. [Em linha]. UK: NHS, 2007. [Consult. 08 Nov. 2013]. Disponível em http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/70374/Hydration_Toolkit_Entire_and_In_Order.pdf

NETO, Isabel G.; AITKEN, Helena H.; PALDRÖN, Tsering. - **A Dignidade e o Sentido da Vida**. 1ª ed. Cascais: Pergaminho, 2004. ISBN 9789727116454.

NOGUEIRA, Nilbo R. - **Pedagogia dos Projectos. Etapas, papéis e atores**. São Paulo: Erica, 2005. ISBN: 85-365-0078-6.

NUNES, L. - Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. **Percursos**. Setúbal: Área disciplinar de enfermagem da escola superior de saúde do instituto politécnico de setúbal. ISSN 1646 – 5067. N. ° 15 (2010), p. 1 – 37.

O'REGAN, Patricia – Nutrition for patients in hospital. **Nursing Standard**. [Em linha] Vol. 23, N. ° 23 (2009), p. 35 – 41. [Consult. 10 Nov. 2013] Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f1f23afc-d1b4-479d-8f03-b2b1369df378%40sessionmgr110&vid=1&hid=101>

OLIVEIRA, Ana P.; MARTINS Isabel – **Plano de Ação: Serviço de Gastreenterologia**. Setúbal. Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., 2013.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - **Código deontológico**. [Em linha]. 2009. [Consult. 03 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Dor – Guia orientador de boa prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5. ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. [Em linha]. Divulgar. 2002, atual. Ago. 2012. [Consult. 18 Dez. 2013]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Proposta de regulamento dos padrões de qualidade da especialidade de enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa**. [Em linha]. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2014. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovadonet.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. [Em linha]. 2010^a. [Consult. 19 Jun. 2013]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_comp_etencias_comuns_enfermeiro.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**. [Em linha]. 2010^b. [Consult. 20 Dez. 2013]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoComp_etenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa**. [Em

linha]. 2011^a. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais**. [Em linha]. Divulgar. 2012. [Consult. 18 Dez. 2013]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica**. [Em linha]. 2011^c. [Consult. 02 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Regulamento n.º 122/2011: **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Lisboa: D.R. 2.^a Série. 35 (2011^b-02-18) 8648 – 8653.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - Regulamento n.º 167/2011: **Regulamento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica**. Lisboa: D.R. 2.^a Série. 47 (2011^d-03-08) 11114- 11120.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - **Tomada de posição sobre segurança do cliente**. [Em linha]. 2006. [Consult. 19 Dez. 2013]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

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

PORBÉN, Sergio Santana - The state of the provision of nutritional care to hospitalized patients-results from The Elan - Cuba Study. **Clinical Nutrition**. [Em linha]. Vol. 25, N.º 6 (2006), p. 1015 – 1029. [Consult. 03 Dez. 2013]. Disponível em

http://ac.elscdn.com/S0261561406000823/1-s2.0-S0261561406000823-main.pdf?_tid=849f10fa-7fe911e3-b040-0000aabb0f02&acdnat=1390012848_c12b8033c3703489eff4cf6d23d3429f

QUERIDO, A.; SALAZAR, H.; NETO, I. – **Comunicação**. In BARBOSA, António & NETO, Isabel G. - **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-934922-5.

ROSSWURM, Mary Ann; LARRABEE, June H. - A Model for Change to Evidence - Based Practice. **Clinical Scholarship**. [Em linha]. Vol. 31, N. ° 4 (1999), p. 317 – 322. [Consult. 10 Nov. 2013]. Disponível em http://www.library.armstrong.edu/eres/docs/eres/NURS4445-1_TAGGART/444502tagModelforChange.pdf> ISSN 0743 – 5150.

RUIVO, Inês Sarmento Machado – **Rastreio nutricional / Elaboração de um protocolo**. Porto: Faculdade de ciências da nutrição e alimentação – Universidade do Porto, 2007. SCHIEFER, Ulrich; BAL-DOBEL, Lucínia e BATISTA, António - **Método Aplicado de Planeamento e Avaliação: Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos**. Cascais: Principia, 2006. ISBN: 972-8818-58-0.

SMITH, Marlaine C. – **Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory IN SMITH, Mary Jane e LIEHR, Patricia R. – In Middle Range Theory for Nursing**. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN 978-0-8261-1916-2.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelo e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

TRAUTMAN, Deborah – **Capítulo 16 – Controlo da dor**. In SHEEHY, Susan - **Enfermagem de urgência da teoria à prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-16-9.

TWYLCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972 796 093 6.

WAITZBERG, Dan; CAIAFFA, Waleska; CORREIA, Maria - Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition**. [Em linha]. Vol.17, N. ° 7 (2001), p. 573 – 580. [Consult. 05 Dez. 2013]. Disponível em http://ac.elscdn.com/S0899900701005731/1-s2.0-S0899900701005731-main.pdf?tid=c01e7058-7fe9-11e3-84f9-00000aab0f27&acdnat=1390012947_2e47b70fc81112e913cc51464d5b16c5

WEEKES, C.E.; ELIA, M.; EMERY, P.W. - The development, validation and reliability of a nutrition screening tool based on the recommendations of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). **Clinical Nutrition**. [Em linha]. Vol. 23, N. ° 5 (2004), p. 1104 - 1112. [Consult. 25 Nov. 2013]. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/8333848_The_development_validation_and_reliability_of_a_nutrition_screening_tool_based_on_the_recommendations_of_the_British_Association_for_Parenteral_and_Enteral_Nutrition_%28BAPEN%29

XIA, Chenfan; MCCUTCHEON, Helen – Mealtimes in hospital: Who does what?. **Journal of Clinical Nursing**. [Em linha]. Vol. 15, N.º 10 (2006), p. 1221 – 1227. [Consult. 08 Nov. 2013]. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=64782347-d7bd-4861-9d5a-a97ff1dbcf52%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4209>

APÊNDICE 1

*Pedido de autorização à diretora do
serviço de gastroenterologia: diagnóstico*

Exm.ª Senhora

Diretora Serviço de
Gastroenterologia [REDACTED]

Eu, Daniela Gomes Magalhães, enfermeira do [REDACTED], a exercer funções no Serviço de Gastroenterologia, e a frequentar o 3º Curso de Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço na área da nutrição em enfermagem para avaliação e aprovação em contexto escolar.

Este trabalho é orientado pela Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, docente do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e sob a tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica do [REDACTED] do Serviço de Especialidades Médicas.

Neste âmbito, desejo com este projeto identificar a perceção que os médicos assistentes do seu serviço têm acerca dos registos de enfermagem no que concerne à área da nutrição, com o intuito de poder retirar deste trabalho contributos importantes para a prática. Para tal, utilizarei uma entrevista semi - estruturada onde serão abordados alguns temas (Anexo I), terá uma duração média de dez minutos e será garantida a confidencialidade da identidade dos participantes. Estes serão informados oralmente que a sua participação é voluntária e que não serão prejudicados caso não participem.

Assim, venho por este meio solicitar que me seja autorizada a aplicação da referida ferramenta de diagnóstico.

Para qualquer esclarecimento, estarei disponível em: [REDACTED] ou [REDACTED]

Aguardo parecer favorável e agradeço desde já a atenção dispensada.

Atenciosamente

Daniela Magalhães [REDACTED]

Daniela Gomes Magalhães
17/10/2013

17/10/13
Tomei conhecimento
e acordo
[REDACTED]

APÊNDICE 2

*Pedido de autorização à enfermeira
coordenadora do serviço de
gastroenterologia: diagnóstico*

Exm.ª Senhora

Enfermeira Chefe do Serviço de
Gastroenterologia do [REDACTED]

Eu, Daniela Gomes Magalhães, enfermeira do [REDACTED], a exercer funções no Serviço de Gastroenterologia, e a frequentar o 3º Curso de Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço na área da nutrição em enfermagem para avaliação e aprovação em contexto escolar.

Este trabalho é orientado pela Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, docente do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e sob a tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica do [REDACTED] do Serviço de Especialidades Médicas.

Neste âmbito, desejo com este projeto identificar a perceção que os enfermeiros do seu serviço têm acerca do seu papel na nutrição, com o intuito de poder retirar deste trabalho contributos importantes para a prática. Para tal, aplicarei um questionário aos enfermeiros (Anexo I), que terá uma duração média de dez minutos, e onde será garantida a confidencialidade da identidade dos participantes. Estes serão informados que a sua participação é voluntária e que não serão prejudicados caso não participem.

Assim, venho por este meio solicitar que me seja autorizada a aplicação da referida ferramenta de diagnóstico.

Para qualquer esclarecimento, estarei disponível em: [REDACTED] ou [REDACTED]

Aguardo parecer favorável e agradeço desde já a atenção dispensada.

Atenciosamente

Daniela Magalhães [REDACTED]

Daniela Magalhães

16/10/2013

CONCORDO
COM A
APLICACAO
A EQUIPA
ENFERMEIRAS

[REDACTED]
[REDACTED]

APÊNDICE 3

Questionário

O presente questionário é realizado no âmbito de um projeto de intervenção em serviço que se insere no 3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico – Cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde na Unidade Curricular Enfermagem Médico – Cirúrgica I: Unidade Temática Estágio I.

Com este pretende-se identificar a perceção dos enfermeiros acerca do seu papel na nutrição, tem um carácter voluntário e com ausência de prejuízos, caso não queira participar.

Todos os dados colhidos serão confidenciais e o seu uso será exclusivo para o referido projeto, estando também garantido o seu anonimato.

Idade: 20 – 30 ___ 31 – 40 ___ 41 – 50 ___ 51 – 60 ___ > 60 ___ **Tempo de experiência profissional:**

Até 5 anos ___ 5 – 10 ___ 11 – 15 ___ 16 – 20 ___ > 20 ___

Pergunta 1 - Considera o seu papel importante na nutrição e hidratação da pessoa internada? Porquê?

Pergunta 2 - Quais as intervenções que considera importantes desenvolver para promover a nutrição e hidratação da pessoa internada?

Pergunta 3 - O que considera que poderia ser melhorado no seu serviço ou na sua atuação para promover a nutrição e hidratação da pessoa internada?

Obrigado pela sua colaboração - Daniela Magalhães

APÊNDICE 4

Análise dos questionários

ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Pergunta 1 - Considera o seu papel importante na nutrição e hidratação da pessoa internada? Porquê?

Nesta pergunta foram escolhidos três critérios de análise, pretende-se perceber qual a importância que os enfermeiros atribuem à nutrição e hidratação da pessoa internada e onde centram a sua atuação no que concerne à nutrição e hidratação da pessoa internada, entende-se por isto compreender qual o objetivo e em que objeto de trabalho a equipa de enfermagem se centra.

1º Critério: Importância da enfermagem na nutrição e hidratação da pessoa internada

<i>Respostas</i>	<i>Total</i>
Sim	10
Não	0

2º Critério: Elemento central a pessoa internada

<i>Respostas</i>	<i>Total</i>
Melhor recuperação do doente – 5	9
Melhor bem-estar do doente – 2	
Diminuição do risco de complicações para o doente – 2	

3º Critério: Elemento central intervenções de enfermagem

<i>Respostas</i>	<i>Total</i>
Enfermeiro avalia estado nutricional e comunica ao médico - 2	12
Incentiva doente a alimentar-se e ingerir líquidos	
Alimenta e hidrata doentes dependentes	
Promover adequada nutrição e hidratação do doente - 2	
Identificar problemas de desnutrição ou desidratação	
Proporcionar refeições no internamento semelhantes ao que doente faz no domicílio	
Avaliar a adequação da nutrição/hidratação	
Promover alterações para adequar nutrição/hidratação	
Vigilância da nutrição e hidratação	

Papel importante no ensino

Pergunta 2 - Quais as intervenções que considera importantes desenvolver para promover a nutrição e hidratação da pessoa internada?

Nesta questão foram escolhidos quatro critérios de análise, pretende-se entender em que área a equipa de enfermagem centra as suas intervenções no que diz respeito à nutrição e hidratação da pessoa internada e quais os aspetos a que prestam maior importância e os que atribuem menos relevância

1º Critério: Intervenções centradas na avaliação do risco nutricional

<i>Respostas</i>	<i>Total</i>
Avaliação do risco nutricional	2

2º Critério: Intervenções centradas em fatores específicos da pessoa internada

<i>Respostas</i>	<i>Total</i>
Vigiar apetite – 3	23
Vigiar se a pessoa cumpre dieta prescrita - 3	
Incentivar a pessoa a alimentar-se e hidratar-se – 3	
Planeia refeições e reforço hídrico com o doente	
Alimentar e hidratar os doentes dependentes	
Vigiar se quantidade ingerida é adequada - 4	
Identificar problemas de desnutrição e desidratação	
Informar familiares que podem trazer comida do domicílio	
Questionar o doente sobre hábitos alimentares – 3	
Garantir a hidratação da pessoa – 2	
Vigiar refeição	

3º Critério: Intervenções centradas nas barreiras físicas

<i>Respostas</i>	<i>Total</i>
Promover ambiente tranquilo e adequado – 2	2

4º Critério: Intervenções centradas nas questões organizacionais

<i>Respostas</i>	<i>Total</i>
------------------	--------------

Revisão das dietas	7
Formação na área da nutrição	
Maior participação nos grupos de decisão sobre nutrição	
Alertar o médico - 3	
Autonomia dos enfermeiros relativamente à necessidade nutricional do doente	

Pergunta 3 - O que acha que poderia ser melhorado no seu serviço ou na sua atuação para promover a nutrição e hidratação da pessoa internada?

Nesta interrogação foram delineados dois critérios de análise, pretende-se entender quais as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem, para além da importância que atribuem ao aperfeiçoamento da sua prática profissional relativa à promoção da nutrição e hidratação da pessoa internada.

1º Critério: Aperfeiçoamento autónomo da enfermagem

<i>Respostas</i>	<i>Total</i>
Formação sobre nutrição	4
Ter um papel mais presente na nutrição e hidratação da pessoa internada – 3	

2º Critério: Aperfeiçoamento da ligação com a equipa multidisciplinar

<i>Respostas</i>	<i>Total</i>
Maior interesse pela equipa médica quando doente tem alteração do estado nutricional – 4	13
Refeições mais diversificadas – 3	
Melhor qualidade nas refeições - 2	
Articular com outros serviços envolvidos na nutrição do doente - 2	
Existência de um serviço/gabinete de apoio à nutrição	
Elaborar protocolos de articulação com dietista	

APÊNDICE 5

Entrevista semiestruturada

Entrevista Semiestruturada
1. Importância dos registros de enfermagem para a sua atuação;
2. Importância dos registros de enfermagem sobre alimentação e reforço hídrico;
3. Importância da avaliação do registro nutricional;
4. Percepção dos registros de enfermagem sobre alimentação e reforço hídrico;
5. Necessidades de especificação dos registros de enfermagem sobre nutrição e reforço hídrico;

APÊNDICE 6

Análise das entrevistas semiestruturadas

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMI - ESTRUTURADAS

1. Importância dos registos de enfermagem para a sua atuação;

Nesta questão todas as respostas foram unânimes, os registos de enfermagem são importantes para a atuação médica e continuidade de cuidados.

2. Importância dos registos de enfermagem sobre alimentação e reforço hídrico;

Da mesma forma também nesta questão todos os entrevistados responderam da mesma forma, os registos de enfermagem no que concerne à alimentação e reforço hídrico são importantes para a sua prática, mas com uma ressalva, apenas nos doentes com risco nutricional ou com prescrição de reforço hídrico/restricção hídrica.

3. Importância da avaliação do registo nutricional;

Das respostas obtidas identificou-se que um elemento não tinha conhecimento da avaliação de risco nutricional que se efetua a todas as pessoas internadas reavaliando-se de sete em sete dias, não dando importância a esta questão, os outros dois entrevistados ressaltam que a importância da avaliação do risco nutricional apenas se aplica a “doentes com fatores de mau prognóstico” ou “deveria ser aplicado a algumas patologias”.

4. Perceção dos registos de enfermagem sobre alimentação e reforço hídrico;

Nesta questão as respostas genericamente foram semelhantes, os entrevistados referem que dos registos de enfermagem acerca da alimentação conseguem perceber de forma grosseira se a pessoa se alimentou ou não, no que concerne ao reforço hídrico expressam que nos registos não têm perceção dos líquidos que a pessoa ingere e que por vezes ficam na dúvida se é cumprido.

5. Necessidades de especificação dos registos de enfermagem sobre nutrição e reforço hídrico;

Os entrevistados referem que em alguns casos deveria haver uma maior especificação do que a pessoa se alimenta, como no caso das pessoas com risco nutricional, em doentes com cirrose hepática, diabetes ou doentes renais, por exemplo. Relativamente a reforço hídrico deveria ser monitorizado e registado o que o doente ingere.

APÊNDICE 7

Registos – Sistema de apoio à prática de enfermagem

Atuais registos do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

Atitudes Terapêuticas	Intervenções de Enfermagem	Especificação da intervenção
Dieta	Gerir dieta	-----
	Supervisar a dieta	Cumpre dieta prescrita Não cumpre dieta prescrita Não se alimentou
	Vigiar refeição	Adequação da quantidade inferior à adequada Adequação da quantidade adequada Adequação da quantidade superior à adequada Quantidade alimentar ingerida Sobremesa Quantidade alimentar ingerida Sopa Quantidade alimentar ingerida Prato Quantidade alimentar ingerida Líquidos Quantidade alimentar ingerida Papa Quantidade alimentar ingerida Pão Quantidade alimentar ingerida Bolachas (pacote de 5 unidades) Quantidade alimentar ingerida Outra A pessoa refere superior ao habitual A pessoa refere habitual A pessoa refere inferior ao habitual Não se alimentou
Reforço hídrico	Administrar líquidos	-----
	Incentivar ingestão de líquidos	-----
	Planear ingestão de líquidos	-----
	Monitorizar altura corporal	-----

Avaliação do risco nutricional	Monitorizar índice de massa corporal (IMC)	-----
	Monitorizar peso corporal	-----
	Monitorizar risco nutricional através do “score NRS 2002”	-----

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Especificação da intervenção
Estado Nutricional (Risco/Alterado)	Educar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	-----
	Educar sobre hábitos alimentares	-----
	Gerir dieta	-----
	Monitorizar índice de massa corporal (IMC)	-----
	Planear dieta	-----
	Requerer médico	-----
	Supervisar dieta	-----

APÊNDICE 8

Planeamento do projeto de intervenção em serviço

Planeamento do Projeto

Estudante: Daniela Gomes Magalhães	Orientador A.M.
Instituição: Hospital X	Serviço: Gastrenterologia
Título do Projeto: Papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos	
Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):	
<u>OBJETIVO GERAL</u>	
➤ Promover a qualidade dos cuidados prestados relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada, através da uniformização de boas práticas.	
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	
<ol style="list-style-type: none">1. Promover a participação da equipa de enfermagem no desenvolvimento do PIS;2. Promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre importância da nutrição e hidratação da pessoa internada e o seu papel;3. Promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre o seu papel na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos;4. Identificar registos de enfermagem claros e objetivos relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada;5. Elaborar e documentar orientações de boa prática sobre o papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos;6. Divulgar o conhecimento promovido sobre a temática do PIS pelo hospital X.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	

- Enfermeira coordenadora do serviço de Gastrenterologia;
- Equipa de enfermagem do serviço de Gastrenterologia;
- Responsável do Grupo de Apoio Nutricional ao Doente Internado (GANDI);
- Equipa multidisciplinar do GANDI;
- Enfermeiros de ligação dos serviços ao GANDI.

Objetivo Específico 1

Promover a participação da equipa de enfermagem no desenvolvimento do PIS

Atividades/Estratégias a desenvolver	Elaborar documento com os resultados da análise de conteúdo dos questionários e entrevistas semiestruturadas Apresentar documento à Enfermeira coordenadora Divulgar junto da equipa de enfermagem nas passagens de turno e por correio eletrónico	
Recursos	Humanos	Enfermeiro responsável pelo PIS Enfermeira coordenadora Equipa de enfermagem do serviço de gastrenterologia
	Materiais	Papel Caneta Computador Impressora Tinteiro cor preta
	Tempo	20 H
Indicadores de Avaliação	Apresenta documento com os resultados da análise de conteúdo dos questionários e entrevistas semiestruturadas até 31/01/2014 Adquire parecer positivo pela enfermeira coordenadora até 07/03/2014 Folha de tomada de conhecimento assinada por 60% ou mais elementos da equipa de enfermagem do serviço de gastrenterologia (≥ 9 elementos) até ao dia 14 de março de 2014	

<p align="center">Objetivos Específicos 2 e 3</p> <p align="center">Promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre importância da nutrição e hidratação da pessoa internada</p> <p align="center">Promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre o seu papel na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos</p>		
<p>Atividades/Estratégias a desenvolver</p>	<p>Revisão da literatura sobre a importância da nutrição e hidratação da pessoa internada e papel do enfermeiro nesta temática</p> <p>Reunir dados estatísticos da importância da nutrição e hidratação da pessoa internada</p> <p>Elaborar o plano de ação da formação</p> <p>Elaborar ação de formação</p> <p>Elaborar documento de avaliação da formação</p> <p>Divulgar a formação nas passagens de turno e por correio eletrónico</p> <p>Concretizar a formação</p> <p>Aplicar documento de avaliação da formação</p>	
<p>Recursos</p>	<p>Humanos</p>	<p>Enfermeiro responsável pelo PIS</p> <p>Equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia</p>
	<p>Materiais</p>	<p>Computador</p> <p>Bases de dados eletrónicas, artigos e livros</p> <p>Acesso à internet</p> <p>Caneta</p> <p>Papel</p> <p>Impressora</p> <p>Tinteiro cor preta</p> <p>Tinteiro de cores</p> <p>Projektor</p>
	<p>Tempo</p>	<p>80 H</p>
<p>Indicadores de Avaliação</p>	<p>Apresenta o plano de ação até 14/03/2014</p> <p>Apresenta a ação de formação até 28/03/2014</p> <p>Apresenta documento de avaliação da formação até 28/03/2014</p>	

	<p>Apresenta folha de tomada de conhecimento por 80% ou mais dos elementos da equipa de enfermagem (≥ 12 elementos) até 11/04/2014</p> <p>Realiza a formação até 17/04/2014 com a presença de 60% ou mais elementos da equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia (≥ 9 elementos)</p> <p>Avalia a formação até 17/04/2014 e adquire resultado positivo em 60% ou mais das avaliações efetuadas</p>	
Indicadores de Avaliação (após seis meses)	<p>Realiza um grupo focal em que reúne os elementos da equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia para apreender perceções, opiniões e atitudes sobre o tema, nomear pontos fortes e fracos no desenvolvimento do seu papel e identificar áreas de melhoria, assumindo o papel de moderador</p> <p>Apresenta conclusões e recomendações à equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia de modo a redefinir práticas</p>	
Objetivo Específico 4		
Identificar registos de enfermagem claros e objetivos relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada		
Atividades/Estratégias a desenvolver	<p>Revisão da literatura sobre registos de enfermagem relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada</p> <p>Elaborar proposta de alteração dos registos de enfermagem no sistema de apoio à prática de enfermagem</p> <p>Reunir com a enfermeira coordenadora</p> <p>Propor implementação da alteração dos registos de enfermagem</p>	
Recursos	Humanos	<p>Enfermeiro responsável pelo PIS</p> <p>Enfermeira coordenadora do serviço de gastroenterologia</p>
	Materiais	<p>Computador</p> <p>Bases de dados eletrónicas, artigos e livros</p> <p>Acesso à internet</p> <p>Caneta</p> <p>Papel</p> <p>Impressora</p> <p>Tinteiro cor preta</p>
	Tempo	40 H

Indicadores de Avaliação	Apresenta documento de proposta de alteração dos registos de enfermagem até 17/04/2014 Adquire parecer positivo pela enfermeira coordenadora até 24/04/2014 Proposta de alteração dos registos de enfermagem aceite até 30/04/2014	
Indicadores de Avaliação (após três meses)	Identifica a alteração dos registos de enfermagem	
Indicadores de Avaliação (após seis meses)	Realiza um grupo focal e discute a clareza e objetividade dos registos de enfermagem identificando oportunidades de melhoria	
Objetivo Específico 5		
Elaborar e documentar orientações de boa prática sobre o papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos		
Atividades/Estratégias a desenvolver	Revisão da literatura Elaborar procedimento setorial Validar procedimento com a enfermeira coordenadora Divulgar procedimento na equipa de enfermagem nas passagens de turno, por correio eletrónico e no <i>dossier</i> de procedimentos existente no serviço Avaliar o procedimento através da recolha de sugestões Alterar o procedimento se necessário Implementar o procedimento	
Recursos	Humanos	Enfermeiro responsável pelo PIS Enfermeira coordenadora do serviço de gastroenterologia Equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia
	Materiais	Computador Bases de dados eletrónicas, artigos e livros Acesso à internet Caneta Papel Impressora Tinteiro cor preta
	Tempo	60 H

Indicadores de Avaliação	<p>Apresenta procedimento setorial até 17/04/2014</p> <p>Adquire parecer positivo pela enfermeira coordenadora até 24/04/2014</p> <p>Apresenta folha de tomada de conhecimento assinada por 80% ou mais dos elementos da equipa de enfermagem (≥ 12 elementos) até 09/05/2014</p> <p>Apresenta documento de sugestões dadas pela equipa de enfermagem até 23/05/2014</p> <p>Apresenta procedimento setorial final até 30/05/2014</p> <p>Procedimento implementado até 06/06/2014</p>	
Indicadores de Avaliação (após três meses)	Elabora um plano de auditorias à aplicação e implementação do procedimento	
Indicadores de Avaliação (após seis meses)	Realiza auditorias	
Objetivo Específico 6		
Divulgar o conhecimento promovido sobre a temática do PIS pelo hospital X		
Atividades/Estratégias a desenvolver	<p>Reunir com responsável do GANDI</p> <p>Propor ao responsável do GANDI a formação aos enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI</p> <p>Propor ao responsável do GANDI a inclusão do procedimento setorial na Norma de Orientação Clínica (NOC) – Abordagem dos doentes submetidos a rastreio do risco de desnutrição</p> <p>Dar conhecimento à equipa multidisciplinar do GANDI</p> <p>Divulgar a ação de formação aos enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI</p> <p>Realizar a ação de formação para os enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI</p> <p>Aplicar documento de avaliação da ação de formação</p>	
Recursos	Humanos	<p>Enfermeiro responsável pelo PIS</p> <p>Responsável do GANDI</p> <p>Equipa multidisciplinar do GANDI</p> <p>Enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI</p>
	Materiais	<p>Impressora</p> <p>Tinteiro cor preta</p>
	Tempo	30 H

Indicadores de Avaliação	<p>Apresenta documento de suporte da formação e procedimento setorial ao responsável e equipa multidisciplinar do GANDI até 23/05/2014</p> <p>Adquire aprovação pelo responsável do GANDI para a replicação da formação aos enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI até 23/05/2014 e inclusão do procedimento setorial na NOC até 23/05/2014</p> <p>Apresenta folha de tomada de conhecimento da formação assinada por 50% ou mais dos enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI até 06/06/2014</p> <p>Realiza a formação até 13/06/2014 com a presença de 50% ou mais dos enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI</p> <p>Avalia a formação até 13/06/2014 e adquire resultado positivo em 50% ou mais das avaliações efetuadas</p>
Indicadores de Avaliação (após um mês)	<p>Propõe a replicação da formação para as equipas de enfermagem dos serviços do hospital X com ligação ao grupo GANDI</p>
Indicadores de Avaliação (após três meses)	<p>Identifica a inclusão do procedimento setorial na NOC</p>
Indicadores de Avaliação (após três meses)	<p>Realiza um grupo focal em que reúne os enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI para avaliar conceitos e identificar problemas com o objetivo de reunir sentimentos, perceções, atitudes e ideias, assumindo o papel de moderador</p> <p>Apresenta conclusões e recomendações aos enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao grupo GANDI de modo a redefinir práticas</p>
Cronograma: (APÊNDICE 9)	
<p>Orçamento:</p> <p><u>Recursos Humanos:</u> Os recursos humanos envolvidos neste PIS são o enfermeiro responsável pelo PIS, enfermeira coordenadora do serviço de gastroenterologia, equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia e enfermeiros de ligação dos serviços do hospital X ao GANDI, todos eles estão afetos ao hospital X pelo que não se prevê gastos monetários com os envolvidos.</p>	

Recursos Materiais:

Os recursos materiais que se prevê necessários para o PIS são: papel (5€), caneta (1,50€), computador (0€), bases de dados eletrónicas, artigos e livros (0€), acesso à internet (125€), impressora (0€), tinteiro de cor preta (25€), tinteiro de cores (28€) e projetor (0€). Pressupõe-se um gasto orçamental de 184,50€ para a execução do PIS.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Prevê-se na implementação do PIS alguns constrangimentos, nomeadamente:

- Possível não adesão da equipa de enfermagem em que se pretende utilizar as passagens de turno para lhes transmitir a importância do projeto de modo a motivá-los;
- Não aprovação pela enfermeira coordenadora da alteração dos registos de enfermagem e da aprovação do procedimento, no entanto pensa-se que o envolvimento e o pedido de orientação a esta colmatem este constrangimento;
- Não adesão dos enfermeiros de ligação dos serviços ao GANDI em que pensa-se importante que a divulgação da ação de formação presencial em que se explique a sua relevância ultrapasse este constrangimento;
- Impossibilidade de desenvolver as atividades/estratégias delineados no tempo estabelecido no cronograma escolar pensa-se que o planeamento rigoroso do PIS ultrapassará esta dificuldade.

APÊNDICE 9

Cronograma inicial

APÊNDICE 10

*Resultados da análise de conteúdo dos
questionários e das entrevistas
semiestruturadas*



3º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem
Médico – Cirúrgica
Unidade Curricular: Enfermagem Médico – Cirúrgica
Unidade Temática Estágio

Daniela Magalhães

**Papel do Enfermeiro na Nutrição e
Hidratação da Pessoa Internada e
seus Registos**

*Resultados da Análise de Conteúdo
dos Questionários e Entrevistas
Semiestruturadas*

Março de 2014



NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento surge no 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica: Unidade Temática Estágio, onde foi proposto a elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade, sob a metodologia de projeto e de acordo com a prática profissional e competências do enfermeiro especialista.

O [REDACTED] é uma organização acreditada que assume a qualidade como desígnio fundamental, nesta vertente criou-se o grupo de apoio nutricional aos doentes internados (GANDI), que propôs ao Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico a inclusão do indicador de qualidade risco nutricional dos doentes, que foi aceite e é auditado anualmente.

Como elemento de ligação do serviço de Gastrenterologia ao referido grupo assumimos que a nutrição tornou-se uma área que pretendemos aperfeiçoar no que diz respeito à prática da enfermagem. Assim, tendo o presente projeto o tema *Papel do Enfermeiro na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e seus Registos*, desejamos atingir a qualidade e proporcionar conhecimento e adequação das práticas de enfermagem.

Neste, interessou identificar a perceção que os enfermeiros têm do seu papel na nutrição para intervir promovendo a melhor nutrição/hidratação do doente diminuindo o risco nutricional, e analisar a opinião que os médicos têm dos registos de enfermagem de modo a aperfeiçoá-los para que a comunicação interprofissional se estabeleça adequadamente e a continuidade de cuidados seja assegurada. Para tal elaborou-se um questionário para enfermeiros e uma entrevista semiestruturada para médicos.

Assim, com o presente documento pretendemos dar a conhecer a análise de conteúdo dos questionários e entrevistas semiestruturadas efetuadas de modo a explicitar a pertinência do projeto, envolver a equipa de enfermagem e motivar para o tema em questão, por forma a garantir o seu sucesso e continuidade.



RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS QUESTIONÁRIOS

Pergunta 1 – Considera o seu papel importante na nutrição e hidratação da pessoa internada? Porquê?

Nesta pergunta foram escolhidos três critérios de análise, pretendeu-se perceber qual a importância que os enfermeiros atribuem à nutrição e hidratação da pessoa internada e onde centram a sua atuação nesta temática, entende-se por isto compreender qual o objetivo e em que objeto de trabalho a equipa de enfermagem se centra.

Critérios	1º - Importância da enfermagem na nutrição e hidratação da pessoa internada	12	Respostas
	2º – Elemento central a pessoa internada	9	
	3º – Elemento central intervenções de enfermagem	12	

A alimentação é uma necessidade humana básica e vital, que quando segura e saudável promove benefícios na recuperação e qualidade de vida das pessoas. Assim assegurar que as necessidades de nutrição e hidratação das pessoas hospitalizadas são satisfeitas, faz parte do papel do enfermeiro, em que as suas intervenções são um meio para atingir o objetivo final de contribuir para o controlo do processo patológico e recuperação da saúde.

Constata-se que todos os elementos que responderam ao questionário atribuem importância ao seu papel na nutrição/hidratação. Quando comparamos o número de respostas referentes ao 2º e 3º critério identificamos que 12 das respostas transparecem que a importância do seu papel se relaciona com as intervenções que desenvolvem e só aproximadamente metade das respostas objetiva a pessoa como elemento central da enfermagem.

Pergunta 2 – Quais as intervenções que considera importantes desenvolver para promover a nutrição e hidratação da pessoa internada?



Nesta questão foram escolhidos quatro critérios de análise, pretende-se entender em que área a equipa de enfermagem centra as suas intervenções no que diz respeito à nutrição e hidratação da pessoa internada e quais os aspetos a que prestam maior importância e os que atribuem menos relevância.

Crítérios	1º – Intervenções centradas na avaliação do risco nutricional	2	Respostas
	2º – Intervenções centradas em fatores específicos da pessoa internada	23	
	3º – Intervenções centradas nas barreiras físicas	2	
	4º – Intervenções centradas nas questões organizacionais	7	

A alimentação é relevante como adjuvante no tratamento da pessoa internada e como forma desta atingir saúde, pelo que os vários fatores influenciadores da nutrição e hidratação do doente devem ser tidos em conta por se caracterizarem como detentores de uma responsabilidade partilhada na má alimentação e hidratação.

Deste modo, relativamente às intervenções importantes, identificamos que a equipa tem consciência que a alimentação é essencial e que a deve vigiar, no entanto, não consideram fulcral a avaliação do risco nutricional apesar de este ser um indicador de qualidade e atribuem pouca visibilidade às barreiras físicas e ao próprio ambiente dando ênfase a intervenções interdependentes.

Pergunta 3 - O que considera que poderia ser melhorado no seu serviço ou na sua atuação para promover a nutrição e hidratação da pessoa internada?

Nesta interrogação foram delineados dois critérios de análise, pretende-se entender quais as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem, para além da importância que atribuem ao aperfeiçoamento da sua prática profissional relativa à promoção da nutrição e hidratação da pessoa internada.



Cr itérios	1º Critério – Aperfeiçoamento autónomo da enfermagem	4	Respostas
	2º Critério – Aperfeiçoamento da ligação com a equipa multidisciplinar	13	

A atuação da equipa multidisciplinar é importante na nutrição e hidratação da pessoa internada e a comunicação interprofissional enfatiza-se como crucial, no entanto, cada profissional deve ter presente o seu papel de forma clara e objetiva.

Relativamente à pergunta em questão, quando se questiona melhorias mais de metade das respostas apontam para a ligação com a equipa multidisciplinar e apenas um terço para a capacitação autónoma da enfermagem, ora, entendemos que a definição do papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada ajudará a direcionar a equipa de enfermagem na problemática da equipa multidisciplinar.



RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Questões abordadas/Pontos de interesse

Importância dos registos de enfermagem para a sua atuação;

Importância dos registos de enfermagem sobre alimentação e reforço hídrico;

Importância da avaliação do registo nutricional;

Perceção dos registos de enfermagem sobre alimentação e reforço hídrico;

Necessidades de especificação dos registos de enfermagem sobre nutrição e reforço hídrico.

Da análise efetuada aos conteúdos das entrevistas semiestruturadas aos médicos assistentes do serviço, identificamos que todos atribuem relevância aos registos de enfermagem para a sua atuação e continuidade de cuidados.

No que concerne à alimentação e reforço hídrico, expressam que o seu registo é importante mas com uma ressalva, apenas nos doentes com risco nutricional ou prescrição de reforço hídrico/restrrição hídrica. Do mesmo modo, a avaliação do risco nutricional é essencial mas apenas em “doentes com fatores de mau prognóstico” ou “deveria ser aplicado a algumas patologias”.

Concretizando, a visão dos médicos entrevistados salienta que dos registos de enfermagem acerca da alimentação conseguem perceber de forma grosseira se a pessoa se alimentou ou não, no que diz respeito ao reforço hídrico estes afirmam não ter perceção dos líquidos que a pessoa ingere e por vezes ficam na dúvida se é cumprido. Assim, em alguns casos verbalizam que deveria haver uma maior especificação do que a pessoa se alimenta, como no caso das pessoas com risco nutricional, em doentes com cirrose hepática, diabetes ou doentes renais, por exemplo. Relativamente a reforço hídrico deveria ser monitorizado e registado o que o doente ingere.

APÊNDICE 11

Plano da ação de formação



PLANO DA SESSÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Formação	Papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos	Local	██████████ – Serviço de Gastroenterologia
Formador	Daniela Magalhães	Duração	45 Minutos
Destinatários/Pré-requisitos	O grupo de formandos é constituído por 15 elementos do sexo feminino, enfermeiros do ██████████. do serviço de Gastroenterologia	Data	07 de Maio de 2014
		Hora de Início	14:00 H
		Hora de fim	14:45 H

OBJETIVOS DA FORMAÇÃO

Objetivo geral	No final da sessão, os formandos devem demonstrar conhecimento sobre a importância da nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos e o seu papel neste âmbito
Objetivos específicos	<p>Identificar pelo menos duas razões para a importância da alimentação e desnutrição em contexto hospitalar</p> <p>Reconhecer a existência de estudos científicos que comprovam a desnutrição hospitalar e pelo menos uma das ações desenvolvidas para o combate da mesma</p> <p>Nomear pelo menos uma evidência da importância da água em contexto hospitalar</p> <p>Definir cuidado nutricional e especificar no mínimo uma intervenção do processo de enfermagem referente ao tema</p> <p>Identificar os momentos de avaliação do risco nutricional</p> <p>Demonstrar a compreensão da relevância dos fatores do contexto hospitalar</p> <p>Indicar uma razão para o seguimento de diretrizes científicas</p>

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO

Fases	Conteúdos programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos		
			Humanos	Materiais	Tempo (minutos)
Introdução	Apresentar formador Apresentar e justificar o tema	Método expositivo	Aluno/Enfermeiro/Formador	Computador Projektor	5'



	Comunicar objetivos		Equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia		
Desenvolvimento	Alimentação e desnutrição; Evidência científica da desnutrição hospitalar; Ações desenvolvidas para a problemática da desnutrição hospitalar; Água um dos seis nutrientes básicos; Cuidado nutricional e processo de enfermagem; Risco nutricional Fatores influenciadores do contexto hospitalar; Diretrizes científicas na nutrição e hidratação.	Método expositivo		Computador Projetor	30'
Conclusão	Considerações finais Esclarecimento de dúvidas Distribuição de questionários avaliativos Avaliação de conhecimentos/competências Distribuição da folha de presenças	Método expositivo Método interrogativo		Computador Projetor Questionários avaliativos (suporte de papel) Folha de presenças (suporte de papel)	10'

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Tipo	Técnica	Instrumento
Sumativa	Formulação de perguntas escritas de verdadeiro e falso	Questionário avaliativo

APÊNDICE 12

Questionário avaliativo da ação de formação



QUESTIONÁRIO AVALIATIVO

Formação	Papel do Enfermeiro na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e seus Registos	
Formador	Daniela Magalhães	
Local	[REDACTED] – Serviço de Gastrenterologia	
Data	07 de Maio de 2014	
	Hora de início: 14h	Hora de fim: 14:45h

Data: ___ / ___ / ___

Classificação final: _____

1. Alimentação e desnutrição em contexto hospitalar

Assinale com um V as duas afirmações que considera verdadeiras

A alimentação promove benefícios na recuperação e qualidade de vida das pessoas ____

A alimentação é um problema do doente ____

A desnutrição pode afetar adversamente a evolução clínica das pessoas internadas ____

A desnutrição não implica cuidados de enfermagem ____

2. Evidência científica e ações desenvolvidas relacionadas com a desnutrição em contexto hospitalar

Assinale com um V as duas afirmações que considera verdadeiras

São vários os estudos que comprovam a desnutrição em contexto hospitalar ____

Os resultados da desnutrição hospitalar não são significativos ____

A resolução ResAp (2003)3 do Conselho da Europa estabelece guidelines que devem ser seguidas ____

A avaliação do risco nutricional no momento da admissão e ao longo do internamento não é defendida pelas organizações internacionais ____



3. Água em contexto hospitalar

Assinale com um V a afirmação que considera verdadeira

A hidratação traz bem-estar e melhor qualidade de vida para o doente ____

Fornecer água não se considera um cuidado de enfermagem ____

4. Cuidado nutricional e processo de enfermagem

Assinale com V as duas afirmações que considera verdadeiras

Cuidado nutricional é o conjunto de medidas a serem tomadas a fim de prover ao doente uma alimentação com finalidade terapêutica ____

O cuidado nutricional é da responsabilidade exclusiva da equipa de enfermagem ____

A avaliação inicial deve contemplar a avaliação do risco nutricional ____

A avaliação do doente é efetuada apenas no momento de admissão ____

5. Risco nutricional

Assinale com um V a afirmação que considera verdadeira

A avaliação do risco nutricional é efetuada na admissão e ao longo do internamento ____

A avaliação do risco nutricional do doente não traz benefícios para os cuidados de enfermagem ____

6. Fatores do contexto hospitalar

Assinale com um V a afirmação que considera verdadeira

A interpretação dos fatores hospitalares ajudam a impedir o declínio nutricional ____

Os fatores que influenciam negativamente o comer e beber não podem ser modificados ou adaptados ____



7. Diretrizes científicas no papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada

Assinale com um V a afirmação que considera verdadeira

As diretrizes científicas constituem uma base estrutural para a melhoria da qualidade ____

Os enfermeiros deverão desenvolver o seu trabalho com base nos conhecimentos que detêm e não necessitam de atualizar conhecimento ____

APÊNDICE 13

*Questionário avaliativo da ação de
formação: corrigenda*



QUESTIONÁRIO AVALIATIVO

Formação	Papel do Enfermeiro na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e seus Registos	
Formador	Daniela Magalhães	
Local	[REDACTED] – Serviço de Gastroenterologia	
Data	07 de Maio de 2014	
	Hora de início: 14h	Hora de fim: 14:45h

Data: ___ / ___ / ___

Classificação final: _____

1. Alimentação e desnutrição em contexto hospitalar

Assinale com um V as duas afirmações que considera verdadeiras (___/10%)

A alimentação promove benefícios na recuperação e qualidade de vida das pessoas _V_

A alimentação é um problema do doente ___

A desnutrição pode afetar adversamente a evolução clínica das pessoas internadas _V_

A desnutrição não implica cuidados de enfermagem ___

2. Evidência científica e ações desenvolvidas relacionadas com a desnutrição em contexto hospitalar

Assinale com um V as duas afirmações que considera verdadeiras (___/10%)

São vários os estudos que comprovam a desnutrição em contexto hospitalar _V_

Os resultados da desnutrição hospitalar não são significativos ___

A resolução ResAp (2003)3 do Conselho da Europa estabelece guidelines que devem ser seguidas _V_

A avaliação do risco nutricional no momento da admissão e ao longo do internamento não é defendida pelas organizações internacionais ___



3. Água em contexto hospitalar

Assinale com um V a afirmação que considera verdadeira (___/10%)

A hidratação traz bem-estar e melhor qualidade de vida para o doente _V_

Fornecer água não se considera um cuidado de enfermagem ____

4. Cuidado nutricional e processo de enfermagem

Assinale com V as duas afirmações que considera verdadeiras (___/10%)

Cuidado nutricional é o conjunto de medidas a serem tomadas a fim de prover ao doente uma alimentação com finalidade terapêutica _V_

O cuidado nutricional é da responsabilidade exclusiva da equipa de enfermagem ____

A avaliação inicial deve contemplar a avaliação do risco nutricional _V_

A avaliação do doente é efetuada apenas no momento de admissão ____

5. Risco nutricional

Assinale com um V a afirmação que considera verdadeira (___/10%)

A avaliação do risco nutricional é efetuada na admissão e ao longo do internamento _V_

A avaliação do risco nutricional do doente não traz benefícios para os cuidados de enfermagem ____

6. Fatores do contexto hospitalar

Assinale com um V a afirmação que considera verdadeira (___/10%)

A interpretação dos fatores hospitalares ajudam a impedir o declínio nutricional _V_

Os fatores que influenciam negativamente o comer e beber não podem ser modificados ou adaptados ____



7. Diretrizes científicas no papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada

Assinale com um V a afirmação que considera verdadeira (___/10%)

As diretrizes científicas constituem uma base estrutural para a melhoria da qualidade _V_

Os enfermeiros deverão desenvolver o seu trabalho com base nos conhecimentos que detêm e não necessitam de atualizar conhecimento ____

Escalas de Classificação	
Percentual	Qualitativa
90 - 100	Muito Bom
75 - 89	Bom
50 - 74	Suficiente
20 - 49	Insuficiente
0 - 19	Muito Insuficiente

APÊNDICE 14

Registos de enfermagem: alterações

Intervenção de enfermagem: “vigiar refeição”

Observações

Frases Standard

- Adequação da quantidade Inferior à adequada
- Adequação da quantidade Adequada
- Adequação da quantidade Superior à adequada
- Quantidade alimentar ingerida Sobremesa
- Quantidade alimentar ingerida Sopa
- Quantidade alimentar ingerida Prato (Especifique Prot...
- Quantidade alimentar ingerida Líquidos
- Quantidade alimentar ingerida Papa
- Quantidade alimentar ingerida Pão
- Quantidade alimentar ingerida Bolachas (pacote de 5 u...
- Quantidade alimentar ingerida Outra
- Quantidade alimentar ingerida Iogurte
- Quantidade alimentar ingerida Chá
- A Pessoa refere Superior ao habitual
- A Pessoa refere Habitual
- A Pessoa refere Inferior ao habitual

Limpar

Registo Daniela Magalhães

Notas a anexar à vigilância

Observações

Frases Standard

- e Inferior à adequada
- e Adequada
- e Superior à adequada
- gerida Sobremesa
- gerida Sopa
- gerida Prato (Especifique Proteínas/Hidratos/Legumes)
- gerida Líquidos
- gerida Papa
- gerida Pão
- gerida Bolachas (pacote de 5 unidades)
- gerida Outra
- gerida Iogurte
- gerida Chá
- ao habitual
- o habitual

Limpar

Registo Daniela Magalhães

Notas a anexar à vigilância

Atitude terapêutica: “Reforço hídrico”

Intervenções Sugeridas face aos Fenómenos

Sair Inserir

Tipo Fenómenos e atitudes terapêuticas

REFORÇO HIDRICO

Administrar líquidos

Incentivar ingestão de líquidos

Monitorizar ingestão de líquidos

Planear ingestão de líquidos

Seleção

Sugeridas Todas

Pesquisar

Descrição

Monitorizar é um tipo de Observar com as características específicas: escrutínio de alguém ou alguma coisa em ocasiões repetidas e regulares.

APÊNDICE 15

*Placa reforço hídrico e graduação de
jarro de água*



APÊNDICE 16

Cronograma final

APÊNDICE 17

Guia do grupo focal

Guia – Grupo Focal

Moderador:

- Daniela Magalhães

Constituição do Grupo focal:

- Elementos da equipa de enfermagem do serviço de Gastrenterologia

Data/Hora/Duração:

- 25.02.2015/12:30h – 13:30h/1h

Tema:

“Papel do Enfermeiro na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e seus Registos”

Propósito da sessão:

- Compreender e descrever perceções sobre conceitos associados ao tema
- Identificar problemas/constrangimentos associados ao desempenho do seu papel na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos

Objetivos da sessão:

- Apreender perceções, opiniões e atitudes referentes ao tema
- Identificar pontos fortes e pontos fracos no desenvolvimento do papel de enfermagem na nutrição e hidratação
- Identificar oportunidades de melhoria na nutrição e hidratação da pessoa internada
- Apresentar conclusões e recomendações referentes ao tema
- Servir de elemento avaliativo dos objetivos específicos 2 e 3 do projeto “Papel do Enfermeiro na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e seus Registos”

Papel do moderador:

- Introduzir a discussão e manter acesa
- Enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas
- Observar os participantes, encorajando a palavra de cada um
- Explorar as “deixas” que surgem da própria discussão e fala dos participantes

- Construir relações com os informantes para aprofundar individualmente, respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador
- Observar as comunicações não-verbais e o ritmo próprio dos participantes, dentro do tempo previsto para o debate

Lista básica de regras:

- Falar uma pessoa de cada vez
- Evitar discussões paralelas para que todos possam participar
- Dizer livremente o que pensa
- Evitar o domínio da discussão por parte de um dos integrantes
- Manter a atenção e o discurso na temática em questão

Termo de consentimento livre e esclarecido:

- Assinado

Roteiro de Questões

- Qual a percepção sobre a importância da alimentação e hidratação em ambiente hospitalar, mais concretamente na pessoa internada?
- Qual a percepção sobre importância da avaliação nutricional e da desnutrição no doente internado no serviço de Gastreenterologia?
- Quais as intervenções/estratégias tomadas perante um doente com risco nutricional ou alteração do estado nutricional?
- Quais as intervenções/estratégias tomadas em prol da ingestão de água pelo doente internado?
- Qual a opinião sobre registos de enfermagem nesta área?
- Quais as sugestões para melhoria na nutrição e hidratação do doente internado?

Daniela Magalhães

APÊNDICE 18

*Consentimento informado esclarecido e
livre para participantes do grupo focal*

Consentimento Informado Esclarecido e Livre

Título do Estudo: *Papel do Enfermeiro na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e Seus Registos*

Eu, Daniela Gomes Magalhães, enfermeira do [REDACTED], a exercer funções no Serviço de Gastrenterologia, e a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço na área da nutrição em enfermagem para avaliação e aprovação em contexto escolar.

Este trabalho é orientado pela Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, docente do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.

Pretende-se que participe do Grupo Focal, que tem como propósito a avaliação de conceitos e identificação de problemas referentes ao tema “Papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos”, a ser realizado no Serviço de Gastrenterologia, com uma duração média de uma hora, tem um carácter voluntário e com ausência de prejuízos, caso não queira participar. Este teve um parecer favorável da Enfermeira Chefe do Serviço.

Todos os dados colhidos serão confidenciais e o seu uso será exclusivo para o presente projeto. A sessão será gravada com sistema de áudio, estando garantida a destruição das gravações no prazo de 2 meses.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e para qualquer esclarecimento, estarei disponível em: [REDACTED] ou [REDACTED]

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar este documento.

Daniela Gomes Magalhães [REDACTED]

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me forem fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste projeto sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste projeto e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo estudante.

Rubrica

APÊNDICE 19

Relatório do grupo focal

Relatório – Grupo Focal

O presente documento surge no âmbito da realização do grupo focal que teve como propósito compreender e descrever pensamentos referentes ao tema “Papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos” e identificar problemas/constrangimentos associados ao desenvolvimento do papel do enfermeiro nesta área. Este foi constituído por 7 elementos da equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia do [REDACTED] a 25/02/2015, tendo como objetivos apreender perceções, opiniões e atitudes sobre o tema, nomear pontos fortes e fracos no desenvolvimento do seu papel e identificar áreas de melhoria, para além de servir de indicador de avaliação dos objetivos específicos 2 e 3 do projeto “Papel do Enfermeiros na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada e seus Registos”, desenvolvido por nós.

Na execução do grupo focal foi utilizado um guia previamente elaborado pelo moderador que contemplava um grupo de questões gerais sobre o tema em estudo, no desenvolvimento da discussão foram inseridos tópicos mais específicos e polémicos, bem como questões suscitadas por respostas anteriores.

O debate/discussão proporcionou a manifestação de perceções e pontos de vista referentes ao tema em estudo. Identificamos que os elementos percecionam a nutrição e hidratação do doente internado como algo que faz sentido englobar no papel do enfermeiro, reconhecendo a sua importância principalmente porque grande parte dos doentes internados no serviço estão em risco de desnutrição ou desnutridos, constata-se ser uma necessidade prioritária uma vez que, se as pessoas não se alimentarem, não há recuperação, o internamento será maior e terão complicações associadas. No entanto, admitem que o trabalho é absorvido por outras demandas e que na prática a necessidade não fica no topo da hierarquia de intervenções por ser uma tarefa delegada, mas afirmam que ficam despertados para o que o doente comeu, se não comeu tentam perceber o porquê, adequam a dieta e incentivam-no a alimentar-se.

Como oportunidade de melhoria, tendo em conta que a intervenção referente à alimentação e hidratação do doente internado na sua maior parte de vezes é delegada nas assistentes operacionais, salientaram que seria proveitoso abordar o assunto com estas, uma vez que revelam que apesar de existir um esforço para comunicar ao enfermeiro o que o doente comeu,

notam ou ficam na incerteza se há incentivo ou insistência para que este se alimente, no caso da administração de água persiste a dúvida se é administrada ou oferecida por não ser feita referência desta ao enfermeiro.

No que diz respeito ao diagnóstico da desnutrição nos doentes internados no serviço, referem ser importante a sua identificação, de tal forma que executam a avaliação nutricional a todos os doentes, e de certo modo se encontram mais alerta com os doentes desnutridos, englobando inclusivamente a referência nas passagens de turno do estado nutricional, valor de avaliação nutricional, a monitorização das refeições e reforço hídrico.

Entendem também que a água faz parte da recuperação do doente internado e que deve ser oferecida com regularidade, afirmando que incentivam a hidratação a todos os doentes internados mas de uma forma mais continuada e presente nos doentes que têm a prescrição de “reforço hídrico” e intervenção de “monitorização de reforço hídrico”, por obrigatoriedade que os desperta nesse sentido.

Como oportunidade de melhoria sugerem que o ideal seria ter um refeitório no serviço uma vez que os doentes estariam mais centralizados, seria inclusive mais agradável para o doente o momento da refeição, seria facilitado o estar presente e a tarefa de incentivar e monitorizar a alimentação, no entanto internamente identifica-se um constrangimento que não é fácil de resolver, uma vez que no serviço não existe espaço onde se possa criar um refeitório, sendo uma barreira a esta sugestão.

Quando questionados acerca das intervenções que levam a cabo perante um doente com risco nutricional ou alteração do estado nutricional afirmam que passam pela avaliação nutricional de forma regular e continuada, educam e incentivam a hábitos alimentares adequados, vigiam e monitorizam a refeição identificando sentimentos em relação à comida e motivos da sua não ingestão, tentando adequar ou colmatar necessidades sentidas pelo doente, no entanto prontamente identificaram um problema que seria importante a equipa definir estratégias em conjunto, sendo este o facto de os pequenos-almoços serem dados demasiado tarde, por se encontrarem com as assistentes operacionais na prestação de cuidados de higiene, “obrigando” os doentes a um grande jejum noturno.

Para a resolução deste constrangimento várias sugestões foram apresentadas, desde serem as auxiliares de copa a colocarem o tabuleiro de forma acessível e abrirem o pão e a manteiga/doce nos doentes que necessitam, tarefa que não faz parte das suas competências e teríamos que

depende da sua “boa vontade”, no entanto iremos validar com a dietista esta possibilidade, sugeriu-se também que quando a assistente de copa iniciasse a distribuição da comida um enfermeiro ou assistente operacional a acompanhasse, o que pareceu complexo ao grupo, por mais uma vez, afirmaram que na hora da entrega dos pequenos-almoços se encontram na prestação de cuidados de higiene, apesar disto um dos elementos afirma e enfatiza que deveríamos repensar o nosso papel e que parece que nos centramos na disponibilidade das assistentes operacionais, orientando o nosso trabalho em função destas, sendo necessário refletir se não deveriam ser estas a se centrarem na organização do nosso trabalho, constatação que deverá ser pensada e refletida em equipa. Outra sugestão foi ainda exposta, passando por delegar a tarefa no enfermeiro que se encontra de apoio, de imediato a classificaram como “trabalho das assistentes operacionais”, sendo também complexo também para o elemento da equipa de enfermagem uma vez que se encontra na preparação da medicação não devendo ser interrompido por uma questão de segurança.

Deste modo, após discussão, definiu-se como primeira estratégia, a equipa estar alerta para a chegada e distribuição dos pequenos-almoços, proporcionando a ingestão por parte do doente assim que possível e acautelar/orientar as assistentes operacionais na organização do trabalho em funções das prioridades.

No que concerne ao reforço hídrico o grupo explicita que os médicos assistentes têm mais atenção a esta intervenção prescrevendo-a mais vezes e que efetuam a sua monitorização, no entanto referem que todos os dias têm que alertar as assistentes de copa de que todos os doentes com dieta têm que ter um jarro com água e que deverá ser mudada todos os dias de manhã, algo que a chefia do serviço referiu que iria tentar resolver. Na sequência da discussão apercebemos que existe confusão com o que é contabilizado na monitorização de reforço hídrico, uma vez que detetou-se que elementos englobam a sopa ou a dieta líquida na monitorização da ingestão hídrica, foi explicitado que reforço hídrico serão os líquidos que são ingeridos para além da dieta prescrita, e, essencialmente a água.

As intervenções/estratégias que levam a cabo perante um doente com risco nutricional ou alteração do estado nutricional e em prol da ingestão de água pelo doente internado passam por incentivar, vigiar e monitorizar os alimentos e água ingerida, tendo atenção às preferências do doente, à explicitação da dieta que se encontra prescrita, e realização do mapa de dietas informaticamente às 7h e 15h que contempla dietas prescritas, preferências do doente, exames/jejuns e observações.

No que diz respeito aos registos de enfermagem nesta área, salientam que estes estão mais próximos de demonstrar o que o doente ingeriu mas admitem que não reflete o que é desenvolvido na sua totalidade ou da forma mais clara, sendo uma deficiência do sistema informático, no entanto após debate concluímos que a informação se encontra lá mas está fragmentada, dificultando a perceção e o acesso.

No final da sessão concordamos que temos vindo a melhorar bastante nesta área e ainda há um caminho a percorrer, que levanta novos desafios, como a abordagem de jejuns desnecessários e prolongados, a atenção da classe médica para a avaliação do estado nutricional do doente e o apoio do grupo GANDI nas situações que o implicam.

Concluimos que a equipa de enfermagem do serviço de gastroenterologia vê e entende a alimentação e hidratação como uma prioridade no desenvolvimento do seu papel, levando-o a cabo através de intervenções e estratégias que orientam o doente internado para a recuperação e obtenção da sua saúde, apesar disto, identificam algumas lacunas que constituem para nós oportunidades de melhoria. Também salientamos que talvez a informação ministrada na formação realizada a 07/05/2014 sobre o tema abordado neste relatório, não chegou de igual modo a todos os elementos, uma vez que verificamos confusão/discrepâncias no que contabilizar na monitorização do reforço hídrico, pelo que esta sessão se caracterizou como essencial no esclarecimento de dúvidas e uniformização de práticas que pretendem a obtenção de um objetivo comum. Pensamos que nesta fase avaliativa os objetivos específicos “promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre importância da nutrição e hidratação da pessoa internada” e “promover a atualização de conhecimento da equipa de enfermagem sobre o seu papel na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos” encontram-se concretizados delineando-se novos objetivos para o projeto em curso.

APÊNDICE 20

Resultados da auditoria ao procedimento setorial

Grelha de Auditoria Interna

Procedimento:	Cuidados de Enfermagem Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia (PS.GAST.012)					
Instituição:	[REDACTED]					
Serviço:	Gastroenterologia	Data: 10/06/2015				
Auditor:	Daniela Gomes Magalhães	Nº de processos auditados: 12				
<i>Fontes de Informação</i>	<i>Critérios</i>	<i>C</i>	<i>NC</i>	<i>CP</i>	<i>NA</i>	<i>Observações</i>
I - Organização e Gestão						
Consulta	Existe o procedimento setorial “Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia” acessível para consulta	X				
Entrevista ¹	Os enfermeiros têm conhecimento da existência do procedimento setorial	X				
	Os enfermeiros identificam o local para consulta do procedimento setorial	X				
Consulta	O mapa de dietas encontra-se atualizado	X				
II - Formação						
Consulta	O plano de formação anual referente ao ano de 2014 contemplou formação na área da nutrição e hidratação da pessoa internada	X				
III – Equipamento para “Avaliação do risco nutricional”						
Observação	Existe balança no serviço	X				
$\frac{\text{N.º de respostas conforme} + \text{N.º de respostas parcialmente conforme}}{\text{N.º de critérios} - \text{N.º de respostas não aplicáveis}} = \frac{6}{6} \times 100 = 100\%$						
IV – Atitudes de enfermagem²						
Observação	O score da avaliação do risco nutricional encontra-se registado no quadro da enfermaria	9	1		2	Dois doentes internados há menos de 24h, ainda sem score
	A data da próxima avaliação do risco nutricional encontra-se registado no quadro da enfermaria	11		1		Um doente com data mas não atualizada
	As dietas prescritas encontram-se registadas no quadro da enfermaria	10			2	Dois doentes sem dieta prescrita pelo médico
	Está registado no quadro da enfermaria preferências e intolerâncias alimentares	1			11	Onze doentes sem preferências e/ou intolerâncias alimentares
Consulta	O mapa de dietas contempla preferências e intolerâncias alimentares		1		11	Não contemplou a preferência/intolerância de um doente
Observação	Todos os doentes têm jarro com água ou garrafa de água	9	1		2	Dois doentes encontravam-se em dieta zero
V – Registos de Enfermagem no SClínico³						
Avaliação Inicial						
Consulta	Contempla nível de dependência	10	1	1		Num dos doentes contempla a dependência mas não o nível
	Contempla estado de consciência	12				

	Contempla medicação efetuada no domicílio	8	2		2	Dois doentes fazem medicação no domicílio mas não está descrita, um não faz medicação e outro foi internado há menos de 24h, sem possibilidade de resposta e em que não foi possível falar com familiares
	Contempla hábitos/preferências/intolerâncias alimentares	7	3		2	Três doentes que não se encontra descrito dieta habitual e dois internados há menos de 24h, sem possibilidade de resposta e em que ainda não foi possível falar com a família
Processo clínico						
Consulta	A avaliação do risco nutricional foi executada a todos os doentes nas primeiras 24h de internamento	10			2	Dois doentes internados há menos de 24h, ainda não foram avaliados
	A avaliação do risco nutricional encontra-se planeada para ser executada após 7 dias da primeira avaliação	11	1			Um doente não tinha a próxima avaliação planeada
Consulta	Nos doentes em que a avaliação do risco nutricional tem um score de 0 a atitude terapêutica “Avaliação do risco nutricional” mantém-se prescrita	2			10	
	Nos doentes em que o score de avaliação do risco nutricional é igual ou superior a 1 foi dado termo à atitude terapêutica “Avaliação do risco nutricional”	4	4		4	Dois doentes com score de zero, dois ainda não avaliados
	Nos doentes em que o score de avaliação do risco nutricional é de 1 ou 2 foi identificado o diagnóstico de enfermagem “Estado nutricional” com o status: risco	3	4		5	Dois com score de zero, dois não avaliados e um com score três
	Nos doentes em que o score de avaliação do risco nutricional é igual ou superior a 3 foi identificado o diagnóstico de enfermagem “Estado nutricional” com o status: alterado	1			11	
	Nos doentes com diagnóstico de enfermagem “Estado nutricional” com status: risco/alterado estão delineadas intervenções de enfermagem para a sua resolução	3			9	Dos quatro diagnósticos de enfermagem identificados, um dos doentes encontrava-se em dieta zero logo não foram identificadas intervenções
	Nos doentes com diagnóstico de “Estado nutricional” com status: risco/alterado foi planeada a intervenção “Vigiar refeição”	1	2		9	
	Nos doentes com diagnóstico de “Estado nutricional” com status: alterado foi planeada a intervenção “Requerer médico”	1			11	

	A atitude terapêutica “Dieta” tem intervenções planeadas	4	4		4	Dois doentes sem dieta prescrita, dois com dieta zero
	A atitude terapêutica “Reforço hídrico” está planeada e tem intervenções				12	No dia da auditoria nenhum doente tinha prescrição de reforço hídrico
	A monitorização da ingestão de líquidos ao fim das 24 horas cumpre o reforço hídrico prescrito, se não é justificado o porquê				12	No dia da auditoria nenhum doente tinha prescrição de reforço hídrico
$\frac{\text{N.º de respostas conforme} + \text{N.º de respostas parcialmente conforme}}{\text{N.º de critérios} \times \text{N.º de processos} - \text{N.º de respostas não aplicáveis}} = \frac{79}{143} \times 100 = 55,2 \%$						
¹ Entrevistar pelo menos 3 elementos da equipa de enfermagem ² Auditar as atitudes de enfermagem a todos os doentes internados ³ Auditar os processos clínicos de todos os doentes internados						
Legenda: C – conforme; NC – não conforme; CP – conformidade parcial; NA – não se aplica						
Fórmula de cálculo que irá ser utilizada para avaliação do cumprimento das recomendações expressas no procedimento “Cuidados de Enfermagem Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastrenterologia” (PS.GAST.012):						
<i>Para o conjunto de critérios de estrutura:</i> $\frac{\text{N.º de respostas conforme} + \text{N.º de respostas parcialmente conforme}}{\text{N.º de critérios} - \text{N.º de respostas não aplicáveis}} \times 100$						
<i>Para o conjunto de critérios de processo:</i> $\frac{\text{N.º de respostas conforme} + \text{N.º de respostas parcialmente conforme}}{\text{N.º de critérios} \times \text{N.º de processos} - \text{N.º de respostas não aplicáveis}} \times 100$						
<i>Para a avaliação do cumprimento das recomendações do PS.GAST.012:</i> $\frac{\% \text{ obtida no conjunto de critérios de estrutura} + \% \text{ obtida no conjunto de critérios de processo}}{2}$						
Avaliação: 80 – 100% - conformidade total; 50 – 80% - conformidade parcial; 0 – 50% - não conforme						
$\frac{\% \text{ obtida no conjunto de critérios de estrutura} + \% \text{ obtida no conjunto de critérios de processo}}{2} = \frac{100 + 55,2}{2} = 77,6\%$						
CONFORMIDADE PARCIAL						

APÊNDICE 21

Planeamento do projeto de aprendizagem clínica



3º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO

Estudante: Daniela Gomes Magalhães

N.º : 120514009

ENFERMEIRO ESPECIALISTA MC ORIENTADOR: A. M.

INSTITUIÇÃO: hospital X, E.P.E.

SERVIÇO / UNIDADE DE ESTÁGIO: Especialidades Médicas

DIMENSÃO B – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)

Esta dimensão do instrumento de avaliação do Estágio do CPLEE MC destina-se a avaliar o desenvolvimento do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) em cada estágio. Permite evidenciar a evolução das aprendizagens do estudante ao longo dos vários estágios realizados.

Uma vez que o PAC é definido em ligação ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica /Situação Crónica e Paliativa, tal como definidas pela Ordem dos Enfermeiros, o seu preenchimento beneficiará da consulta dos “Critérios de Avaliação” presentes no documento citado.

Para o processo de avaliação, o estudante deverá preencher este instrumento e entregá-lo ao orientador. O orientador, na sua avaliação, poderá assim contar também com a apreciação realizada pelo estudante. O campo dos COMENTÁRIOS/OBSERVAÇÕES poderá ser utilizado pelo orientador para justificar as suas perceções quanto às aprendizagens do estudante, bem como a avaliação que o estudante faz delas. Poderão ser utilizadas mais folhas.

COMPETÊNCIA 1

CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA.

Unidade de Competência

Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas; Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

APRECIÇÃO DO ESTUDANTE

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3), a aluna pretende a mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas de forma a desenvolver e adquirir a competência **K.1** do enfermeiro especialista de forma a responder em tempo útil e de forma holística. Assim esta propõe atividades/estratégias tendo em vista a obtenção do objetivo a que se propõe.

Para a aquisição/aprofundamento das unidades de competência **K.1.1** e **K.1.2**:

- A aluna fez o pedido de estágio de observação ao Instituto Nacional de Emergência Médica para a viatura médica de emergência e reanimação sediada no hospital X, ao qual ainda aguarda resposta, em caso de impossibilidade pretende pedir estágio de observação no serviço de urgência geral do mesmo hospital;
- Como detentor dos cursos de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida ministrados pelo hospital X e realizados no ano de 2009, a aluna pretende efetuar pesquisa bibliográfica, atualizar conhecimento e adequar práticas;
- De acordo com necessidades sentidas no local de trabalho relacionadas com o transporte de doentes intra e inter hospitalar, que algumas situações se poderão considerar críticos, a aluna pretende refletir e adquirir conhecimentos relativos ao transporte do doente crítico e como forma de desenvolver habilidades agendará uma conversa informal com o enfermeiro responsável da formação “Transporte do Doente Crítico”;
- Como responsável pelo carro de urgência do serviço de Gastrenterologia do hospital X em regime de rotatividade e elemento ativo no teste do desfibrilhador, a aluna pretende refletir sobre a importância do seu papel nesta temática, assim como da necessidade de prontidão do carro de urgência.

As atividades/estratégias propostas têm em vista desenvolver a prática especializada direcionada a pessoas com focos de instabilidade de modo a responder de forma pronta e antecipada, com técnicas, conhecimentos e habilidades de alta complexidade diagnosticando precocemente complicações que daí possam advir e intervir sobre elas.

Para a aquisição/aprofundamento das unidades de competência **K.1.3**:

- A aluna propõe-se a efetuar pesquisa bibliográfica referente à dor mobilizando conhecimentos adquiridos na Unidade Temática: Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor pertencente à Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica I.

Com esta atividade/estratégia o aluno pretende compreender as evidências de dor, assim como entendê-la nas várias vertentes e adquirir a capacidade de gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor.

Para a aquisição/aprofundamento das unidades de competência **K.1.4, K.1.5 e K.1.6:**

- A aluna pretende utilizar horas de estágio para permanecer na Unidade de Acidente Vascular Cerebral pertencente ao serviço de Especialidades Médicas do hospital X;
- A aluna pretende pedir estágio de observação na Unidade de Cuidados Intermédios Coronários do hospital X.

As atividades/estratégias têm como intuito proporcionar a aquisição de conhecimento relativos à assistência necessária à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, adquirir estratégias de gestão da comunicação e da relação terapêutica nas situações referidas anteriormente.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA COMPETÊNCIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
AUTOAVALIAÇÃO (ESTUDANTE)				
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				

COMPETÊNCIA 2

DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI -VÍTIMA, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.

Unidades de Competência

Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi -vítima ou catástrofe; Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

APRECIÇÃO DO ESTUDANTE

Tendo em conta que o enfermeiro especialista deve ser detentor de competências na área da intervenção relativa à “concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4), gerindo equipas de forma sistematizada no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta, a aluna propõe-se à execução de atividades/estratégias para a aquisição da competência **K.2**.

Para a aquisição/aprofundamento das unidades de competência **K.2.1, K.2.2 e K.2.3:**

- A aluna propõe-se a efetuar pesquisa bibliográfica referente ao Plano Distrital e Nacional para a catástrofe e emergência no sentido de adquirir conhecimentos;
- Como efetuou a formação “Plano de Emergência Interno – Equipa de Evacuação Tipo B ” ministrada pelo hospital X e ITSEMAP, a aluna pretende rever e consolidar conhecimentos.
- Através de uma entrevista informal com o núcleo estratégico do hospital X a aluna pretende identificar possíveis alterações ao Plano de Emergência Interno da instituição;
- A aluna efetuou a formação “Manuseamento de Extintores no Combate a Incêndios”, ministrada pelo hospital X, pretende com base nos conhecimentos adquiridos certificar-se da existência de extintores e se estão de acordo com as normas preconizadas, para além de averiguar a sinalização correta das saídas de emergência no serviço de Especialidades Médicas do hospital X.

Com as atividades/estratégias delineados a aluna pretende conceber em articulação com o nível estratégico planos de catástrofe ou emergência planeando uma resposta concreta e gerindo cuidados nestas situações.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA COMPETÊNCIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
AUTOAVALIAÇÃO (ESTUDANTE)				
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				

COMPETÊNCIA 3

MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS.

Unidades de Competência

Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

APRECIACÃO DO ESTUDANTE

“Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4), o enfermeiro especialista deverá responder eficazmente na prevenção

e controlo de infeção, deste modo a aluna pretende realizar atividades/intervenções que orientem para a obtenção da competência **K.3**.

Para a aquisição/aprofundamento das unidades de competência **K.3.1** e **K.3.2**:

- A aluna propõe-se a efetuar pesquisa bibliográfica referente ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção de modo a adquirir conhecimentos e refletir sobre estes;
- Como formanda na formação “Higienização das Mãos”, a aluna pretende refletir sobre as suas práticas de acordo com os princípios transmitidos nesta;
- A aluna pretende efetuar estágio de observação com a enfermeira responsável da Comissão de Controlo de Infeção do hospital X de modo a apreender as competências desta e consolidar conhecimentos.

Considera-se que com as atividades/estratégias delineadas se adquira e aprofunde as unidades de competência referidas anteriormente, sendo capazes de conceber um plano de prevenção e controlo da infeção e liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção de acordo com as normas de prevenção das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA COMPETÊNCIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
AUTOAVALIAÇÃO (ESTUDANTE)				
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				

COMPETÊNCIA L5

CUIDA DE PESSOAS COM DOENÇA CRÓNICA, INCAPACITANTE E TERMINAL, DOS SEUS CUIDADORES E FAMILIARES, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA, DIMINUINDO O SEU SOFRIMENTO, MAXIMIZANDO O SEU BEM ESTAR, CONFORTO E QUALIDADE DE VIDA.

Unidades de Competência

Identifica as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal. Concebe, implementa e avalia, os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística, da saúde do individuo e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua Dignidade, a maximizar a sua qualidade de Vida e a diminuir o seu sofrimento.

APRECIÇÃO DO ESTUDANTE

Tendo em linha de conta que o enfermeiro especialista deve reunir competências que o permita identificar necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, concebendo, implementando e avaliando os planos de cuidados mediante uma abordagem holística com o intuito final de preservar a sua dignidade, maximizar a sua qualidade de vida e diminuir o seu sofrimento (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Deste modo para a aquisição da competência **L.5** a aluna pretende desenvolver atividades/estratégias para a adquirir.

Para a aquisição/aprofundamento das unidades de competência **L.5.1, L.5.2, L.5.3 e L.5.4:**

- A aluna pretende continuar a integração iniciada na equipa de enfermagem do serviço de especialidades médicas do hospital X, responsabilizando-se por pessoas internadas com doença crónica, incapacitante e terminal;
- Através de conversas informais com a enfermeira tutora A. M., detentora de certificado da Pós-Graduação em Cuidados Paliativos e enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a aluna tem como objetivo partilhar experiências, expor sentimentos e necessidades de aprendizagem e consolidar conhecimentos;
- Efetuar pesquisa bibliográfica de modo a promover a aquisição de conhecimento e basear a prática em evidência científica;
- Refletir criticamente sobre práticas de cuidados desenvolvidas em contexto de trabalho e direcionadas a pessoas internadas com doença crónica, incapacitante e terminal, adequando-as e especializando-as para a obtenção da excelência na prática profissional.

Com as atividades/estratégias delineadas a aluna considera possível especializar-se nos cuidados à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, desenvolvendo competências na identificação das suas necessidades, promoção de intervenções, envolvendo os cuidadores e colaborando com os outros membros da equipa de saúde e conseqüentemente adquirir as unidades de competência atrás referidas.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA COMPETÊNCIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
AUTOAVALIAÇÃO (ESTUDANTE)				
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				

COMPETÊNCIA L6

ESTABELECE RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM PESSOAS COM DOENÇA CRÓNICA INCAPACITANTE E TERMINAL, COM OS SEUS CUIDADORES E FAMILIARES, DE MODO A FACILITAR O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ÀS PERDAS SUCESSIVAS E À MORTE.

Unidades de Competência

Otimiza resultados de Cuidados Paliativos para indivíduos com doença crónica, incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, com necessidades complexas de cuidados, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar. Esta relação terapêutica deve ser facilitada por limites mutuamente acordados, é possível de ser desenvolvida em curtos espaços de tempo, assim como adaptável a diversos contextos.

APRECIÇÃO DO ESTUDANTE

Sendo a relação terapêutica elemento fulcral no processo de adaptação às perdas sucessivas e a morte em pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal englobando os seus cuidadores e familiares (Ordem dos Enfermeiros, 2011), revela-se necessário o enfermeiro especialista ser detentor de competências e capacidades a este nível, deste modo a aluna propõe-se a executar atividades/estratégias de modo a adquirir a competência **L.6**.

Para a aquisição/aprofundamento das unidades de competência **L.6.1, L.6.2, L.6.3 e L.6.4**:

- A aluna pretende continuar a integração iniciada na equipa de enfermagem do serviço de especialidades médicas do hospital X, responsabilizando-se por pessoas internadas com doença crónica, incapacitante e terminal;
- Através de conversas informais com a enfermeira tutora A. M., detentora de certificado da Pós Graduação em Cuidados Paliativos e enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a aluna tem como objetivo partilhar experiências, expor sentimentos e necessidades de aprendizagem e consolidar conhecimentos;
- Efetuar pesquisa bibliográfica de modo a promover a aquisição de conhecimento e basear a prática em evidência científica;
- Refletir criticamente sobre práticas de cuidados desenvolvidas em contexto de trabalho e direcionadas a pessoas internadas com doença crónica, incapacitante e terminal, adequando-as e especializando-as para a obtenção da excelência na prática profissional.

A aluna pretende com as atividades/estratégias promover parcerias terapêuticas com indivíduos portadores de doença crónica e incapacitante, cuidadores e família, respeitar a singularidade e autonomia individual nos processos de morrer e de luto, adquirir habilidades para negociar objetivos/metasp de cuidados e capacitar-se no reconhecimento dos efeitos da natureza do cuidar.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA COMPETÊNCIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
AUTOAVALIAÇÃO (ESTUDANTE)				
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO CONJUNTO DAS COMPETÊNCIAS	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOM	MUITO BOM
AUTOAVALIAÇÃO (ESTUDANTE)				
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				
CLASSIFICAÇÃO ¹	< 10	10 - 13	14 - 17	18 - 20
AUTOAVALIAÇÃO (ESTUDANTE)				
HETERO-AVALIAÇÃO (ORIENTADOR)				

COMENTÁRIOS/OBSERVAÇÕES:

Identificação do estudante: Daniela Gomes Magalhães

Auto - Classificação Final Atribuída: _____ valores

Data: ____ / ____ / ____

Identificação do orientador: A. M.

Hétero - Classificação Final Atribuída: _____ valores

Data: ____ / ____ / ____

¹ A classificação final de cada estágio considera: 15% da média aritmética da autoclassificação da Dimensão A/C (PIS/PDA) e da Dimensão B (PAC); 20% da média aritmética da heteroclassificação da Dimensão A/C (PIS/PDA) e da Dimensão B (PAC); 65% da classificação do Relatório de Estágio.

APÊNDICE 22

Lista de verificação sobre o risco e segurança



Lista de Verificação sobre Risco e Segurança

Serviço de Especialidades Médicas

Estrutura Física e Equipamento ⁱ				
Extintores Portáteis	Ações Corretivas			
Rótulo legível	S	NA	N	Existem 2 extintores no serviço e ambos com rótulo degradado, tendo em vista que a sua revisão anual está prevista para 06/2014, sugere-se a substituição dos extintores por outros com rótulo perfeitamente legível
Rótulo de acordo com os requisitos da normalização em vigor (5 áreas: extintor e agente, instruções de utilização, restrições ou riscos de utilização, instruções complementares e nome ou morada do fabricante ou fornecedor)	S	NA	N	
Instalados à altura regulamentar (1,20 metros do topo do extintor ao pavimento)	S	NA	N	Existem 2 extintores no serviço e ambos a mais de 1,20 metros do pavimento, tendo como referência o seu topo, sugere-se o seu reposicionamento, de forma a facilitar a sua utilização
Desobstruídos, em local acessível e bem visível	S	NA	N	
Apresentam selo de revisão anual	S	NA	N	
Saídas de Emergência	Ações Corretivas			
Acesso às saídas de emergência livre de qualquer obstrução e operacionais	S	NA	N	
Portas abertas, ou se forem mantidas fechadas que disponham de dispositivos de abertura ou desbloqueio, no local	S	NA	N	
Portas dotadas de abertura fácil do tipo barra antipânico	S	NA	N	
Portas com abertura no sentido da evacuação	S	NA	N	



Sinalização de Segurança e Emergência	Ações Corretivas		
Sinalética de identificação do percurso e saída de emergência, com sinais pictóricos de características fotoluminescentes, a 1,80 – 2,00 metros de altura	S	NA	N
Sinalética de identificação dos quadros elétricos com identificativo de perigo de eletrocussão	S	NA	N
Sinalética de identificação dos botões de alarme	S	NA	N
Sinalização de todos os extintores e bocas-de-incêndio mediante sinais de características fotoluminescentes	S	NA	N
Sinalética sobre evacuação do serviço afixada	S	NA	N
Sinalética de atuação em caso de incêndio afixada	S	NA	N
Organização da Segurança	Ações Corretivas		
Instruções referidas no fluxograma de atuação perante emergência e catástrofe interna e instruções para a utilização do telefone de emergência interno (PEI) afixadas perto de todos os telefones do serviço	S	NA	N

Legenda: S - Sim
NA – Não se aplica
N - Não

¹ **Fontes:** Análise de Riscos do Hospital X, E.P.E. – Relatório de Recomendações, elaborado pela SUCH – ITSEMAP Portugal, em maio de 2007; Procedimento de Implementação das Listas de Verificação sobre Risco e Segurança nos Serviços do Hospital X; Procedimento de atuação perante Emergência/Catástrofe Interna (Plano de Emergência Interno) do Hospital X.

ANEXO I

Os 21 problemas de enfermagem de Abdellah

Tipologia dos 21 Problemas de Enfermagem de Abdellah

1. Manter a higiene e o bem-estar físico.
2. Promover a actividade óptima: exercício, repouso, sono.
3. Promover a segurança através da prevenção do acidente, lesão ou outro trauma e impedindo o alastrar da infecção.
4. Manter uma boa mecânica corporal e impedir e corrigir as deformações.
5. Facilitar a manutenção do fornecimento de oxigénio às células do corpo.
6. Facilitar a manutenção da nutrição das células do corpo.
7. Facilitar a manutenção da eliminação.
8. Facilitar a manutenção do equilíbrio dos fluídos e dos electrólitos.
9. Reconhecer as respostas fisiológicas do corpo às condições de doença – patológica, psicológica e compensatória.
10. Facilitar a manutenção de mecanismos e funções reguladoras.
11. Facilitar a manutenção da função sensorial.
12. Identificar e aceitar as expressões positivas e negativas, sentimentos e reacções.
13. Identificar e aceitar a inter-relação entre emoções e doença orgânica.
14. Facilitar a manutenção de comunicação verbal e não-verbal eficaz.
15. Promover o desenvolvimento de relações interpessoais produtivas.
16. Facilitar o avanço no sentido da realização e de objectivos espirituais pessoais.
17. Criar ou manter um ambiente terapêutico.
18. Facilitar a consciência de si próprio enquanto indivíduo com necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento que variam.
19. Aceitar os objectivos óptimos possíveis de acordo com as limitações físicas e emotivas.
20. Usar os recursos da comunidade como auxílio para a resolução de problemas derivados da doença.
21. Compreender o papel dos problemas sociais enquanto factores de influência na causa da doença.

(Tomey & Alligood, 2004, p.130)

ANEXO II

*Pedido de autorização à enfermeira
diretora do hospital X: execução*

Autorizado

4.2.14

APRECIÇÃO DE PROJETOS

Enfermeira Directora

ÁREA	Enfermagem <i>"O papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos"</i>
AUTOR (ES)	Daniela Gomes Magalhães
ENTIDADE ACADÉMICA	Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde <i>Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica</i>
SERVIÇO	Serviço de Gastreenterologia
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação
RESUMO DO PROJETO	Projeto de intervenção no âmbito da Nutrição e Hidratação do doente internado. O objetivo geral do projeto é promover a qualidade dos cuidados prestados relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada, através da uniformização de boas práticas. Decorrente dos objetivos específicos que delinea, a autora pretende elaborar um documento orientador de boa prática nesta temática por forma a dar resposta aos problemas identificados no diagnóstico de situação.
OBSERVAÇÕES	A autora do projeto aplicou um questionário aos enfermeiros e uma entrevista semiestruturada aos médicos para diagnóstico de situação com autorização da Diretora e Enfermeira Chefe do Serviço de Gastreenterologia (autorizações em anexo).
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: - Enf.ª [REDACTED], Enf.ª Coordenadora do Serviço de Gastreenterologia; - Dr.ª [REDACTED], Diretora Clínica do Serviço de Gastreenterologia.

Enf.ª [REDACTED]

Está reunida a documentação necessária.

Creio reunir condições para autorização pela Direção de Enfermagem.

SGF – Área de Enfermagem

[REDACTED]
29/01/2014

ANEXO III

*Pedido de autorização à diretora do
serviço de gastroenterologia: execução*



SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

A/c Exm.(ª) Sr.(ª) Diretora Dr.ª

Serviço: Gastrenterologia

Assunto: Pedido de autorização para implementação de projeto de intervenção
Título do Projeto: "O papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos"
Entidade: ESS Setúbal

Na sequência da recepção do pedido supra-mencionado, solicita-se informação quanto à possibilidade de, na área sob a sua responsabilidade, autorizar o desenvolvimento do projeto de intervenção em anexo.

FORMULÁRIO DE RESPOSTA
Colaboração em Projeto de Intervenção

Aceite: **Não Aceite:**

Outra Informação: _____

Fundamentação, em situação de recusa/inviabilidade:

Setúbal, 27 de Fevereiro de 2014
O Responsável

ANEXO IV

*Pedido de autorização à enfermeira
coordenadora do serviço de
gastroenterologia: execução*

SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

A/c Exm.(ª) Sr.(ª) Enf.ª Coordenadora

Serviço: Gastrenterologia

Assunto: Pedido de autorização para implementação de projeto de intervenção

Título do Projeto: "O papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos"

Entidade: ESS Setúbal

Na sequência da recepção do pedido supra-mencionado, solicita-se informação quanto à possibilidade de, na área sob a sua responsabilidade, autorizar o desenvolvimento do projeto de intervenção em anexo.

FORMULÁRIO DE RESPOSTA
Colaboração em Projeto de Intervenção

Aceite: Não Aceite:

Outra Informação: _____

Fundamentação, em situação de recusa/inviabilidade:

Setúbal, 24 de junho de 2014

O Responsável

ANEXO V

Procedimento setorial: “Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastrenterologia”

 <i>Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia</i>	Data de entrada em vigor:	18/12/2014
	Versão 01	23/07/2014
	Próxima revisão:	23/07/2017
	Cód. Documento:	PS.GAST.012

1. Objectivo

Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem no Serviço de Gastroenterologia, relativos à nutrição e hidratação da pessoa internada e uniformizar os respetivos registos de enfermagem.

2. Campo de aplicação

Equipa de Enfermagem do Serviço de Gastroenterologia.

3. Siglas, abreviaturas e definições


 GANDI – Grupo de Apoio Nutricional aos Doentes Internados
 NRS 2002 – Nutricional Risk Screening 2002
 IMC – Índice de Massa Corporal
 |

4. Referências

Anexo IV_SAD: Manual de Dietas – , elaborado pela Unidade de Nutrição Clínica e pelo Serviço de Alimentação e Dietética, em colaboração com o Serviço de Pediatria
 COUNCIL OF EUROPE – COMMITTEE OF MINISTERS – Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals. 2003. [Em linha]. [Consult. 09 Out. 2013]. Disponível em http://www.nutritionday.org/uploads/media/Resolution_of_the_Council_of_Europe.pdf
 DUCHINI, Lya; JORDÃO, Alceu; BRITO, Tatiane; DIEZ – GARCIA, Rosa – Avaliação e monitoramento do estado nutricional de pacientes hospitalizados: uma proposta apoiada na opinião da comunidade científica. Revista de Nutrição. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas. ISSN 1415 – 5273. Vol. 23, N.º 4 (2010), p. 513 – 522.
 ENF.03 - Procedimento para Registos Informatizados de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE
 FORSYTH, D.M.; LAPID, M.I.; ELLENBECKER, S.; SMITH, L.K.; O'NEIL, M.L.; LOW, D.J.; CLOBES, J.E.; DRIER, J.A.; SEIFERS, M. – Hydration status of geriatric patients in a psychiatric hospital. Mental Health Nursing. [Em linha]. Vol. 29, N.º 8 (2008), p. 853 – 862. [Consult. 11 Dez. 2013]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0d6f1c73-cb6a-41c9-85b1-0a8bbad1e387%40sessionmgr113&vid=2&hid=118>

	<p><i>Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia</i></p>	Data de entrada em vigor:	18/12/2014
		Versão 01	23/07/2014
		Próxima revisão:	23/07/2017
		Cód. Documento:	PS.GAST.012

HOSPITAL CATERERS ASSOCIATION & ROYAL COLLEGE OF NURSING – **Protected mealtimes: policy.** [Em linha]. UK: NHS, s.d.. [Consult. 08 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.hospitalcaterers.org/documents/pmd.pdf>

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY & ROYAL COLLEGE OF NURSING – Water for health: Hydration best practice toolkit for hospitals and healthcare. [Em linha]. UK: NHS, 2007. [Consult. 08 Nov. 2013]. Disponível em http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/70374/Hydration_Toolkit_-_Entire_and_In_Order.pdf

NOC. [REDACTED] 17 – Abordagem dos doentes submetidos a rastreio do risco de desnutrição

O'REGAN, Patricia – Nutrition for patients in hospital. *Nursing Standard*. [Em linha] Vol. 23, N.º 23 (2009), p. 35 – 41. [Consult. 10 Nov. 2013] Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=df91ff4e-7df9-4583-81c7-8fbe84032349%40sessionmgr114&vid=2&hid=118>

PS.GAND.01 – Procedimento de Avaliação de Risco Nutricional

5. Responsabilidades

Diretora do Serviço pela sua ratificação.

Enfermeira Coordenadora do Serviço, pela revisão e implementação.

Equipa de Enfermagem do Serviço pelo seu cumprimento.

6. Procedimento

Introdução

A alimentação, necessidade humana fundamental deverá ser entendida como uma componente integral e central do tratamento do doente, independentemente do diagnóstico, condição, idade ou estado psicológico (O'Regan, 2009).

“A desnutrição pode afetar adversamente a evolução clínica de pacientes hospitalizados, aumentando a incidência de infeções, doenças associadas e complicações pós – operatórias, prolongando o tempo de permanência e os custos hospitalares” (Duchini *et. al.*, 2010, p.514).

A resolução ResAP (2003)³ aprovada pela União Europeia, inclui nas suas guidelines a relevância da triagem do risco nutricional e da distribuição de responsabilidades para o cuidado nutricional em contexto hospitalar (Council of Europe, 2003).

A água é um dos seis nutrientes básicos, juntamente com os hidratos de carbono, gorduras, vitaminas, proteínas e sais minerais; apesar de essencial para a saúde o seu aporte é muitas vezes desvalorizado, o que pode resultar, em indivíduos vulneráveis na perda do apoio que precisam para manterem um nível saudável de hidratação (National Patient Safety Agency & Royal College of Nursing, 2007). Forsyth *et. al.*

	<i>Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia</i>	Data de entrada em vigor:	18/12/2014
		Versão 01	23/07/2014
		Próxima revisão:	23/07/2017
		Cód. Documento:	PS.GAST.012

(2008) reforça que a desidratação é um problema significativo em contexto hospitalar, uma vez que uma baixa hidratação poderá levar a complicações iatrogénicas.

População alvo: Todas as pessoas internadas no Serviço de Gastroenterologia.

Avaliação inicial direcionada à nutrição e hidratação deverá descrever pormenorizadamente: estado físico da pessoa internada, capacidades mentais, medicação efetuada no domicílio, hábitos, preferências e intolerâncias alimentares, assim como a avaliação do risco nutricional.

6.1 Avaliação do risco nutricional

Nas primeiras 24 horas de admissão no internamento:

- Os enfermeiros deverão proceder à primeira avaliação do risco nutricional da pessoa através do instrumento de avaliação NRS 2002 (Anexo 1), que pressupõe a colheita de informação relativa ao peso e sua evolução nos últimos 3 meses, à ingestão alimentar, às patologias principais e ao nível de dependência
- Sempre que possível deverá ser aferido o peso, altura e IMC do doente para a execução **objetiva** do risco nutricional. Quando a pessoa internada não reúne condições para a avaliação dos itens supracitados, a avaliação do risco nutricional deve ser concretizada de modo **subjetivo** tendo em conta as informações relevantes obtidas junto da pessoa internada ou familiares e processo clínico do mesmo, relacionadas com perda de peso nos últimos 3 meses ou diminuição das quantidades de ingestão alimentar
- O score obtido da avaliação do risco nutricional e o seu planeamento deve ser registado no processo clínico do doente e no quadro da enfermaria com o valor e data da próxima avaliação. Quando o NRS 2002 é ≥ 3 deverá ser também registado nos alertas do programa SClinico

Registo e Planeamento da Avaliação do Risco Nutricional no SClinico
Atitude terapêutica: Avaliação de risco nutricional (Horário: Sem horário)
<u>Intervenções de enfermagem</u> (Horário: de x em x dias [7 em 7 dias, exceto nos casos em que a indicação médica altere a premissa evidenciada]): <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar altura corporal - Monitorizar índice de massa corporal (IMC) - Monitorizar peso corporal - Monitorizar risco nutricional através do “score NRS 2002”

Nos doentes em que o score NRS 2002 é de 0

Deverá manter-se a atitude terapêutica - Avaliação de risco nutricional e respetivas intervenções, com frequência de 7 em 7 dias. Em caso de alteração do score, adequar o plano de cuidados de acordo com o valor obtido

	Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia	Data de entrada em vigor:	18/12/2014
		Versão 01	23/07/2014
		Próxima revisão:	23/07/2017
		Cód. Documento:	PS.GAST.012

Nos doentes em que o score NRS 2002 é de 1 ou 2

- A atitude terapêutica - Avaliação de risco nutricional é substituída pelo:

Diagnóstico de enfermagem: Estado nutricional (Status: risco)

Ações de enfermagem	Intervenções de enfermagem (Registo SClinico)	Horário (Registo SClinico)
Informar qual a dieta prescrita Informar quais as razões clínicas para a sua prescrição Explicitar em que consiste a dieta prescrita Explicitar a importância da alimentação Explicitar a importância da dieta no processo de recuperação Identificar sentimentos da pessoa internada referentes à dieta prescrita	Educar sobre hábitos alimentares Educar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	Turno fixo: manhã e tarde
Confirmar se a dieta oferecida corresponde à dieta prescrita Identificar sentimentos da pessoa internada referentes à dieta oferecida Monitorizar qualitativamente e quantitativamente a dieta ingerida Identificar se a dieta ingerida quantitativamente corresponde ao que a pessoa ingere habitualmente Identificar se a dieta ingerida quantitativamente é adequada Identificar motivos pelos quais a pessoa não ingeriu a dieta ou determinado alimento	Vigiar refeição	Hora fixa: 9:00; 12:00; 16:30; 19:00; 21:30
Monitorizar o estado nutricional	Monitorizar altura corporal Monitorizar índice de massa corporal (IMC) Monitorizar peso corporal Monitorizar risco nutricional através do "score NRS 2002"	Horário: de x em x dias (7 em 7 dias, exceto nos casos em que a indicação médica altere a premissa evidenciada)

Nos doentes em que o score NRS 2002 ≥ 3

- A atitude terapêutica - Avaliação de risco nutricional é substituída pelo:

Diagnóstico de enfermagem: Estado nutricional (Status: alterado)

Ações de enfermagem	Intervenções de enfermagem (Registo SClinico)	Horário (Registo SClinico)
Informar qual a dieta prescrita Informar quais as razões clínicas para a sua prescrição Explicitar em que consiste a dieta prescrita	Educar sobre hábitos alimentares Educar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	Turno fixo: manhã e tarde

	<i>Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia</i>	Data de entrada em vigor:	18/12/2014
		Versão 01	23/07/2014
		Próxima revisão:	23/07/2017
		Cód. Documento:	PS.GAST.012

<p>Explicitar a importância da alimentação</p> <p>Explicitar a importância da dieta no processo de recuperação</p> <p>Identificar sentimentos da pessoa internada referentes à dieta prescrita</p>		
<p>Confirmar se a dieta oferecida corresponde à dieta prescrita</p> <p>Identificar sentimentos da pessoa internada referentes à dieta oferecida</p> <p>Monitorizar qualitativamente e quantitativamente a dieta ingerida</p> <p>Identificar se a dieta ingerida quantitativamente corresponde ao que a pessoa ingere habitualmente</p> <p>Identificar se a dieta ingerida quantitativamente é adequada</p> <p>Identificar motivos pelos quais a pessoa não ingeriu a dieta ou determinado alimento</p>	Vigiar refeição	Hora fixa: 9:00; 12:00; 16:30; 19:00; 21:30
Monitorizar o estado nutricional	<p>Monitorizar altura corporal</p> <p>Monitorizar índice de massa corporal (IMC)</p> <p>Monitorizar peso corporal</p> <p>Monitorizar risco nutricional através do "score NRS 2002"</p>	Horário: de x em x dias (7 em 7 dias, exceto nos casos em que a indicação médica altere a premissa evidenciada)
<p>Informar o médico do score obtido na avaliação do risco nutricional (score NRS 2002)</p> <p>Informar o médico dos possíveis motivos identificados para a alteração do estado nutricional</p>	Requerer médico	dia(s) e turno(s) fixos (Assim que possível o contacto com o médico assistente)

6.2 Refeição

Princípios Gerais

- Proporcionar um ambiente tranquilo, relaxante e propício, no qual os doentes tenham tempo para disfrutar das refeições e seja acolhedor, limpo e arrumado
- Limitar o tráfego indesejado na enfermaria, diminuindo as atividades não relevantes sejam clínicas como não clínicas
- Focar as atividades na enfermaria para o apoio nas refeições, melhorando o atendimento nutricional do doente e apoiando o consumo dos alimentos
- Reconhecer e apoiar os aspetos sociais da refeição
- Enfatizar a todos os funcionários, doentes e visitantes a importância da refeição como parte do tratamento (Hospital Caterers Association & Royal College of Nursing, s.d.)

	<i>Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia</i>	Data de entrada em vigor:	18/12/2014
		Versão 01	23/07/2014
		Próxima revisão:	23/07/2017
		Cód. Documento:	PS.GAST.012

- Reconhecer a importância da gestão e otimização do ambiente: este pode ser seco e quente, barulhento e com desagradáveis aromas que não são propícios para a refeição
- Identificar, avaliar e instituir medidas de alívio de sentimentos de solidão, isolamento, ansiedade, nervosismo e agitação, que se podem desenvolver pelo facto da pessoa se encontrar numa enfermaria, resultando numa recusa para comer
- Ao longo da refeição concentrar a atuação em assistir o doente, assegurar que se encontra numa posição confortável, que o tabuleiro é de fácil acesso, que a comida é quente e tem bom aspeto; outras questões como assegurar que o responsável entrega o tabuleiro de uma forma cortês, mostrar uma atitude positiva para com a comida explicando a dieta ao doente, são atos que podem aumentar a satisfação deste (O'Regan, 2009).

Ações e Intervenções de Enfermagem

- Atitude terapêutica: Dieta (Horário: Sem horário)

Ações de enfermagem	Intervenções de enfermagem (Registo SClinico)	Horário (Registo SClinico)
Identificar se a dieta prescrita e oferecida se adequa às capacidades de mastigação e deglutição do doente Identificar se na dieta prescrita e oferecida existem alimentos que a pessoa não gosta ou rejeita e registar no quadro da enfermaria	Gerir dieta	Turno fixo: manhã e tarde
Identificar se a pessoa cumpre a dieta prescrita e os motivos pelos quais não cumpre ou não se alimenta	Supervisar a dieta	Turno fixo: manhã e tarde
Informar o médico da inadequabilidade da consistência da dieta prescrita e/ou os motivos do não cumprimento Sempre que se verificarem alterações na dieta prescrita informar o serviço de cozinha através da folha de refeições ou telefonicamente Incluir na folha de dietas os alimentos que o doente não gosta ou recusa e assinalar no quadro da enfermaria Averiguar a necessidade e vontade do doente ingerir alimentos que os familiares possam trazer, dentro das restrições da dieta prescrita evidenciadas no Manual de Dietas Se necessário fornecer uma cópia da descrição da dieta prescrita que se encontra no Manual de dietas Nos doentes que se encontram em jejum para análises ou exames, providenciar e proporcionar a dieta assim que possível	Planear a dieta	Turno fixo: manhã e tarde

- Considerando que a dependência no auto cuidado alimentar-se constitui barreira à alimentação e hidratação adequadas, o enfermeiro deverá, coadjuvadamente, avaliar o grau de dependência e falta de conhecimento/habilidade da pessoa e do prestador de cuidados e planear as intervenções apropriadas

	Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia	Data de entrada em vigor:	18/12/2014
		Versão 01	23/07/2014
		Próxima revisão:	23/07/2017
		Cód. Documento:	PS.GAST.012

Diagnóstico de enfermagem: Alimentar-se

Status: Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para o autocuidado: alimentar-se (Demonstrado; Não Demonstrado)

Aprendizagem de Habilidades para o uso de estratégias adaptativas para alimentar-se (Demonstrado; Não Demonstrado)

Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: alimentar-se (Não Demonstrado; Demonstrado)

Conhecimento sobre estratégias adaptativas para alimentar-se (Demonstrado; Não Demonstrado)

Dependente (Dependente, em grau elevado; Dependente em grau moderado; Dependente, em grau reduzido)

Ações de enfermagem	Intervenções de enfermagem (Registo SClínico)	Horário (Registo SClínico)
Vigiar e monitorizar a capacidade e progresso da pessoa relativos ao alimentar-se	Supervisar a pessoa a alimentar-se	Turno fixo: manhã e tarde
Proporcionar um ambiente tranquilo, calmo, limpo e arrumado	Gerir ambiente físico durante a refeição	Turno fixo: manhã e tarde
Dar a comida aos doentes totalmente dependentes no alimentar-se e assegurar que ingerem as quantidades adequadas	Alimentar a pessoa	Hora fixa: 9:00; 12:00; 16:30; 19:00; 21:30
Ajudar o doente nas incapacidades para alimentar-se, colmatando e fazendo o trabalho que este não é capaz, sem substituir as tarefas que pode cumprir e proporcionar o tempo necessário para que as desenvolva autonomamente	Assistir a pessoa a alimentar-se	Hora fixa: 9:00; 12:00; 16:30; 19:00; 21:30
Estimular o interesse da pessoa para alimentar-se autonomamente, motivando-a e dando-lhe confiança para atuar nesse sentido	Incentivar a pessoa a alimentar-se	Turno fixo: manhã e tarde
Proporcionar informação relativa à alimentação, capacidades e limitações físicas do doente, assim como as intervenções necessárias para as colmatar, sem executar as tarefas que este é capaz de cumprir autonomamente	Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: alimentar-se	Turno fixo: manhã e tarde
Proporcionar informação relativa às ações e atitudes necessárias para colmatar as suas limitações físicas	Ensinar sobre estratégias adaptativas para alimentar-se	Turno fixo: manhã e tarde
Demonstrar as capacidades e limitações físicas do doente, assim como as estratégias adequadas para o assistir no auto cuidado alimentar-se	Instruir o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: alimentar-se	Turno fixo: manhã e tarde
Demonstrar as ações e atitudes necessárias para colmatar as suas limitações físicas	Instruir sobre estratégias adaptativas para alimentar-se	Turno fixo: manhã e tarde
Proporcionar o desenvolvimento de competências no doente para se alimentar autonomamente, melhorando a independência e autoestima	Treinar a utilização de estratégias adaptativas para alimentar-se	Turno fixo: manhã e tarde
Proporcionar o desenvolvimento de competências no prestador de cuidados para alimentar a pessoa internada em segurança, de acordo com as capacidades físicas do doente	Treinar o prestador de cuidados para o auto cuidado: alimentar-se	Turno fixo: manhã e tarde

	<p><i>Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia</i></p>	Data de entrada em vigor:	18/12/2014
		Versão 01	23/07/2014
		Próxima revisão:	23/07/2017
		Cód. Documento:	PS.GAST.012

- A delegação de tarefas relacionadas com a assistência nas refeições deve ser avaliada pelos enfermeiros e sempre sobre a sua supervisão e orientação. Deve ser precedida pela garantia de que os delegados - assistentes operacionais ou familiares - se encontram capazes de executar a tarefa, e podem ser necessárias instruções mais detalhadas ou demonstração prática das tarefas. Os assistentes operacionais e familiares devem ser informados e incentivados a transmitir informação relativa à alimentação que a pessoa ingeriu e sentimentos evidenciados

6.3 Reforço Hídrico

Princípios Gerais

- Incentivar a equipa hospitalar para a necessária ingestão de água e monitorização do seu consumo com base nos benefícios de uma boa hidratação
- Relembrar, encorajar e motivar os doentes a ingerirem água através da oferta regular da mesma
- A água é melhor servida fresca e refrigerada pelo que os jarros não devem ser deixados abertos; algumas pessoas preferem beber água em pequenas quantidades e mais vezes ao dia
- Os doentes tendem a ingerir a água toda que se encontra no copo quando estão a engolir os comprimidos; assim deve-se oferecer maior volume de água aquando da administração de medicação oral
- Por norma os doentes demonstram preocupação pela necessidade de irem à casa de banho várias vezes durante a noite, recusando a ingestão de líquidos neste período; desta forma deve-se incentivar a ingestão de água logo pela manhã
- As pessoas mais velhas e aqueles que se encontram doentes tendem a perder a sua resposta à sede; não deve ser tomado por garantido que estes vão ser capazes de ingerir água quando precisam
- Sempre que possível os familiares devem ser informados sobre a importância da promoção da hidratação do doente, pois podem ajudar a cumprir essa meta
- Quando o clima se encontra mais quente, a disponibilidade de água deve aumentar e os doentes deverão ser encorajados a beber mais (National Patient Safety Agency & Royal College of Nursing, 2007)

Ações e Intervenções de Enfermagem

- Atitude terapêutica: Reforço hídrico (Horário: Sem horário)

	<i>Cuidados de Enfermagem na Nutrição e Hidratação da Pessoa Internada no Serviço de Gastroenterologia</i>	Data de entrada em vigor:	18/12/2014
		Versão 01	23/07/2014
		Próxima revisão:	23/07/2017
		Cód. Documento:	PS.GAST.012

Ações de enfermagem	Intervenções de enfermagem (Registo SClínico)	Horário (Registo SClínico)
Administrar líquidos às pessoas que não são capazes de o fazer autonomamente e assegurar que é ingerida a quantidade prescrita	Administrar líquidos	Turno fixo: manhã, tarde, noite
Informar sobre a prescrição de reforço hídrico Explicitar a importância da ingestão de água Explicitar a importância do cumprimento da prescrição no processo de recuperação	Incentivar ingestão de líquidos	Turno fixo: manhã, tarde, noite
Colocar na unidade do doente a placa indicativa de reforço hídrico com a informação da quantidade de água diária prescrita Organizar a administração de líquidos diários Ponderar e identificar os momentos para a administração ou incentivo do consumo de água Informar os doentes da necessidade de cumprimento e monitorização da ingestão de água Informar familiares da necessidade de reforço hídrico	Planear ingestão de líquidos	Turno fixo: manhã, tarde, noite
No turno da manhã, pelas 8:30h, as assistentes operacionais encham o jarro com a quantidade de água prescrita que se encontra assinalada na unidade do doente Nos doentes que possuem garrafas de água, escrever data e hora da abertura Quantificar e registar por turno a quantidade de água ingerida	Monitorizar ingestão de líquidos	Hora fixa: 7:00; 15:00; 22:00

7. Anexos

Anexo 1 – Escala “Nutritional Risk Screening 2002” fornecida pelo GANDI

Elaboração Daniela Gomes Magalhães	Revisão Enfermeira Coordenadora do Serviço de Gastroenterologia	Ratificação Director(a) do Serviço Data: 18/12/2014
--	---	---

ANEXO VI

*Artigo: “Nutrição e Hidratação da
Pessoa Internada – O Papel do
Enfermeiro”*

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO DA PESSOA INTERNADA: O PAPEL DO ENFERMEIRO

Daniela Magalhães

RESUMO

Esta revisão teórica pretende promover a reflexão sobre o papel do enfermeiro na nutrição e hidratação da pessoa internada e respetivos registos, atuando como documento orientador da prática de enfermagem baseada na evidência científica, qualidade e segurança do doente.

A alimentação é uma necessidade humana básica e vital para a evolução das sociedades na promoção e proteção da saúde, devendo ser compreendida como uma componente integral e central do tratamento da pessoa doente.

A desnutrição em contexto hospitalar tem sido amplamente estudada e evidenciada cientificamente, determinando o desenvolvimento de ações, a nível nacional e internacional, no sentido de orientar e melhorar a atuação dos profissionais nas instituições de saúde.

A consciência das responsabilidades no processo do cuidado nutricional comanda a adequação das práticas a linhas orientadoras com comprovada evidência empírica, tendo por objetivo obter respostas satisfatórias da pessoa doente e dos profissionais na resolução deste problema de saúde.

Palavras-chave: Papel do enfermeiro; alimentação; avaliação nutricional; desnutrição; cuidado nutricional; hidratação.

INTRODUÇÃO

A nutrição reconhecida como uma função fisiológica e imprescindível para a vida e sobrevivência humana é indissociável de uma alimentação regular e equilibrada, tendo sido declarado pelo *Council of Europe* (2003) que o acesso a uma variedade alimentar segura e saudável é um direito humano fundamental pois promove benefícios na recuperação e qualidade de vida. Assim, na dieta hospitalar é importante garantir o aporte de nutrientes ao doente e preservar o seu estado nutricional, pelo seu papel adjuvante no tratamento de doenças crónicas e agudas e por traduzir relevância na experiência de internamento.

“...na dieta hospitalar é importante garantir o aporte de nutrientes ao doente e preservar o seu estado nutricional, pelo seu papel adjuvante no tratamento de doenças crónicas e agudas e por traduzir relevância na experiência de internamento.”

Tal como salientam Duchini et. al. (2010:514) “A desnutrição pode afetar adversamente a evolução clínica de pacientes hospitalizados, aumentando a incidência de infeções, doenças associadas e complicações pós-operatórias, prolongando o tempo de permanência e os custos hospitalares”.

A constatação da incidência de desnutrição intrahospitalar e do seu impacto na morbilidade e mortalidade levaram à execução de estudos neste âmbito, por forma a desenvolver o aperfeiçoamento de

métodos de diagnóstico e tratamento (Garcia, 2006), pelo que a alimentação dos doentes em contexto hospitalar deve ser encarada como um foco de enfermagem e deverão ser desenvolvidas intervenções de enfermagem relativas ao estado nutricional do doente.

Ruivo (2007) afirma que na Europa e na América estima-se que cerca de 20 a 60% dos doentes hospitalizados estão desnutridos ou em risco nutricional, sendo apoiado por outros estudos internacionais. No entanto, num estudo realizado em seis hospitais portugueses, Matos et. al. (2007) concluíram que numa amostra de 1152 doentes internados, 28,5 a 47,3% dos doentes já apresentavam risco nutricional no momento da admissão, o que demonstra a importância de ser efetuada a avaliação do estado nutricional a todos os doentes no momento da admissão hospitalar.

Acompanhando a problemática da nutrição, também a água, um dos seis nutrientes básicos, é essencial para a saúde mas muitas vezes “esquecida”. Forsyth et. al. (2008) afirmam que a desidratação é um problema significativo no hospital por conduzir a complicações iatrogénicas.

Assegurar que as necessidades de nutrição e hidratação dos doentes são satisfeitas faz parte do papel do enfermeiro e, considerando que são vitais para uma boa saúde física e psicológica, devem ser consideradas uma prioridade na vertente do cuidar / cuidado e interdisciplinaridade. Assim, é importante promover uma maior reflexão do enfermeiro sobre as suas ações, verificando a necessidade de as adaptar para atingir eficácia na resolução de problemas.

No âmbito da nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos muito há a fazer e a evoluir, pois a nutrição e hidratação são bem mais do que o simples ato de comer ou beber adequadamente. A compreensão dos aspetos influenciadores é fulcral e obriga a uma abordagem holística para a consciencialização das falhas e mudança nas práticas tendo em vista a melhoria da qualidade e ganhos em saúde.

Temos como objetivo clarificar o papel do enfermeiro, explicitando o quadro de referência do cuidar na nutrição e hidratação da pessoa internada e seus registos, conseguido pela mobilização de contributos da investigação e práticas cientificamente comprovadas. Dar a conhecer os fatores do contexto hospitalar que influenciam a alimentação e hidratação, premissas do processo de enfermagem e diretrizes que orientam a atuação do enfermeiro para o exercício de excelência.

Quadro de referência do cuidar na nutrição e hidratação

A desnutrição resulta de um desequilíbrio entre a necessidade biológica de aporte de nutrientes e o aporte real, quer seja por uma deficiente ingestão ou por má absorção no sistema gastro intestinal. A avaliação nutricional permite verificar se há desvio do estado nutricional e em que grau, identificar os doentes que necessitam de intervenção nutricional, sendo o primeiro passo para prevenir, identificar e corrigir desvios nutricionais. A *American Dietetic Association* (ADA) (1994) definiu risco nutricional como a presença de fatores que podem acarretar e/ou agravar a desnutrição em doentes hospitalizados. Este risco está identificado e comprovado cientificamente, pelo que foram desenvolvidas ações para o minimizar. O *Council of Europe* (2003) criou a Resolução RespAp (2003)³ que recomenda a adoção das *guidelines* estabelecidas, salientando-se a avaliação do risco nutricional a todos os doentes na admissão e repetido regularmente ao longo do internamento e a partilha de responsabilidades para o cuidado nutricional hospitalar.

“A avaliação nutricional permite verificar se há desvio do estado nutricional e em que grau, identificar os doentes que necessitam de intervenção nutricional, sendo o primeiro passo para prevenir, identificar e corrigir desvios nutricionais.”

Reconhecida a pertinência desta avaliação sistemática do risco nutricional, também a forma de o avaliar

tem sofrido uma importante evolução com o desenvolvimento de diversas escalas. Em 2002 a *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) publicou uma *Guideline for Nutrition Screening*, recomendando a utilização do instrumento *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002) com o objetivo de detetar o risco ou a presença de desnutrição em ambiente hospitalar (Kondrup et al., 2003). Instrumento também recomendado pelas normas do Conselho da Europa para os cuidados nutricionais (*Council of Europe*, 2003). O NRS 2002 é um instrumento validado e recomendado para o rastreio e classificação nutricional dos doentes internados, contemplando o seu estado nutricional e a gravidade da doença como reflexo das necessidades nutricionais.

Em termos operacionais, defendemos como boa prática que no momento do acolhimento da pessoa no serviço, a avaliação inicial efetuada, no que se refere aos aspetos da nutrição e hidratação, inclua a descrição: do estado físico da pessoa, as capacidades mentais, a medicação efetuada no domicílio e os hábitos, preferências e intolerâncias alimentares. Uma avaliação cuidadosa do estado nutricional permite ao enfermeiro a identificação dos diagnósticos de enfermagem e posterior planeamento de intervenções necessárias à alimentação do doente.



Em síntese, o papel do enfermeiro no cuidado nutricional e necessidades de hidratação do doente inclui a avaliação do estado nutricional, encaminhamento para a equipa multidisciplinar, aconselhamento nutricional, assistência na seleção de alimentos saudáveis e o desenvolvimento ou delegação de ações

quando este é incapaz de satisfazer as suas necessidades (Bloomfield & Pegram, 2012), ou seja na dependência do auto cuidado alimentar-se.

Onde intervir?

A dieta desempenha um papel importante no estado emocional, pois se comer é crucial para sentimentos gerais de bem-estar, também é um fato que o estado emocional pode impulsionar a perda de apetite ou distúrbios alimentares. É importante que o enfermeiro saiba interpretar e avaliar a relação que existe entre os aspetos fisiológicos e psicológicos da nutrição e como podem ser afetados pela doença ou hospitalização.

São vários os fatores no contexto hospitalar que podem impedir a pessoa internada de receber a suficiente comida ou bebida, a identificação desses potenciais obstáculos pode prevenir o declínio nutricional e de hidratação. Bloomfield & Pegram (2012) descreve-os como: fatores específicos do doente, barreiras físicas e questões organizacionais.

Os **fatores específicos do doente** referem-se a efeitos fisiológicos da doença e fatores relacionados com o tratamento. Comer e beber, exigem ações fisiológicas como a transferência da comida e bebida para a boca bem como a mastigação e deglutição. O enfermeiro deverá estar atento a aspetos como fraqueza, rigidez, ou paralisia dos braços ou mãos que possam dificultar a utilização dos utensílios para comer, incapacidade de se posicionarem, má higiene oral, próteses dentárias inadequadas ou incorretamente colocadas e posicionadas, alterações sensoriais relacionadas com a idade (paladar, olfato, anorexia), demência ou confusão, tratamentos que possam afetar a ingestão nutricional e de fluidos (efeitos secundários da quimioterapia ou de antibióticos como náusea e/ou diarreia), qualquer medicamento que cause alteração no paladar tem efeito sobre o apetite ou alterações salivares (antidepressivos, diuréticos e anti-histamínicos) e dificuldades na mastigação e deglutição.

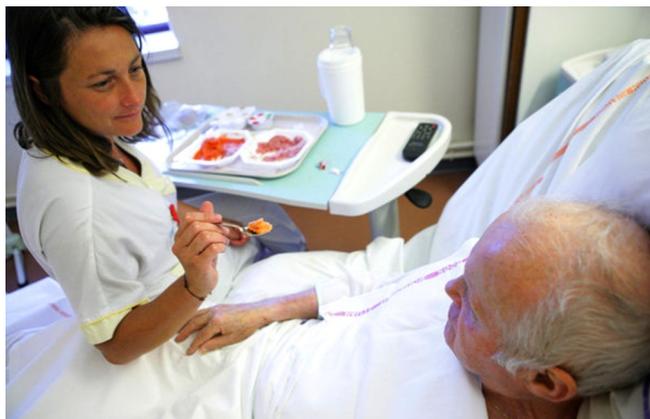
As **barreiras físicas** são fatores relacionados com o equipamento utilizado em contexto hospitalar como

os sistemas de soros usados para o tratamento endovenoso, drenos, pensos ou mascaras de oxigênio que impedem o movimento e conseqüentemente a ingestão alimentar ou hidratação. Também o cumprimento de jejuns para análises, exames ou cirurgias devem ser tidos em conta, o enfermeiro deverá averiguar a sua real necessidade e proporcionar, assim que possível, a ingestão de alimentos e água.

Dos fatores relacionados com as **questões organizacionais** destacam-se a disponibilidade de pessoal, quer em número, quer em competências para apoiar as pessoas de forma adequada e que podem ser condicionadas pela organização das unidades e dos cuidados, restrições alimentares prescritas, variedade alimentar, familiaridade com a comida e interrupções nas horas das refeições.

“É da responsabilidade do enfermeiro garantir que a pessoa internada recebe uma alimentação adequada às suas necessidades nutricionais, verificar se a alimentação é adaptada às capacidades de mastigação e deglutição e verificar se o doente é capaz de alcançar qualquer alimento ou líquido oferecido.”

É da responsabilidade do enfermeiro garantir que a pessoa internada recebe uma alimentação adequada às suas necessidades nutricionais, verificar se a alimentação é adaptada às capacidades de mastigação e deglutição e verificar se o doente é capaz de alcançar qualquer alimento ou líquido oferecido. Tanto a avaliação das necessidades e delegação de tarefas que visam ajudar os doentes a alimentarem-se, como a monitorização da ingestão alimentar e hídrica, fazem parte do papel do enfermeiro.



A avaliação é um processo contínuo que fornece ao enfermeiro responsável pelo doente as principais informações para identificar as necessidades, planear, implementar e avaliar as ações executadas no âmbito do cuidado nutricional, a utilização de uma ferramenta de avaliação nutricional ajuda a identificar os reais e potenciais problemas de desnutrição assim como a capacidade do doente se alimentar autonomamente ou apresentar a necessidade de assistência nas refeições (Bloomfield & Pegram, 2012).

A *National Patient Safety Agency & Royal College of Nursing* (2007) enfatiza no seu documento *Hospital Hydration Best Practice Toolkit* as seguintes orientações para incentivar o consumo de água:

Incentivar a equipa hospitalar para a necessária ingestão de água e monitorização do seu consumo com base nos benefícios de uma boa hidratação; como forma de lembrar e incentivar os enfermeiros para o consumo de água nos doentes que estão em risco, pendurar um quadro com uma gota de água junto da cama do doente; lembrar, encorajar e motivar os doentes a ingerirem água através da sua oferta regular; a água é melhor servida fresca e refrigerada pelo que os jarros não devem ser deixados abertos, algumas pessoas preferem beber água em pequenas quantidades e mais vezes ao dia; os doentes tendem a ingerir a água toda que se encontra no copo quando estão a engolir os comprimidos, assim devemos oferecer maior volume de água aquando da administração de medicação oral; por norma os doentes demonstram preocupação pela necessidade de irem à casa de banho várias vezes durante a noite, recusando a ingestão de líquidos neste período, desta forma deveremos incentivar a ingestão de água logo pela manhã; as pessoas mais velhas e aqueles que se encontram doentes tendem a perder a sua resposta à sede, não deve ser tomado por garantido que estes vão ser capazes de ingerir água quando precisam; sempre que possível os familiares devem ser informados sobre a importância da promoção da hidratação do doente, estes podem ajudar a cumprir essa meta; quando o clima se encontra mais quente a

disponibilidade de água deve aumentar e os doentes deverão ser encorajados a beber mais; identificar os doentes desidratados, em risco de desidratação ou aqueles que necessitam de assistência e monitorizar e registar as quantidades de líquidos ingeridos; implementar uma intervenção que facilite a monitorização da ingestão de líquidos em pessoas com demência, confusão ou alterações de memória.

No que concerne às refeições salientamos a iniciativa *Protected Mealtimes* que faz parte do programa *Better Hospital Food* que delinea a importância do fornecimento de refeições livres de interrupções evitáveis e desnecessárias, sem sufocar as formas de trabalho e colocando o doente no centro da experiência da refeição (*Hospital Caterers Association & Royal College of Nursing*, s.d.). As indicações chave desta política passam por criar uma atmosfera tranquila e relaxante na qual os doentes tenham tempo para desfrutar das refeições, limitando o tráfego indesejado na enfermaria; reconhecer e apoiar os aspetos sociais do comer; fornecer um ambiente propício para comer, ou seja, acolhedor, limpo e arrumado; limitar as atividades que não sejam relevantes na enfermaria, sejam clínicas ou não clínicas; focar as atividades na enfermaria para o apoio nas refeições; enfatizar a todos os funcionários, doentes e visitantes a importância da refeição como parte do plano terapêutico; melhorar o atendimento nutricional do doente encorajando o consumo dos alimentos e apoiar a equipa de distribuição da alimentação na hora da entrega da refeição.

O'Regan (2009) acrescenta que o ambiente seco, quente, barulhento e com aromas desagradáveis não são propícios para o comer. Solidão e isolamento são sentimentos que se podem desenvolver por se encontrarem numa enfermaria podendo resultar em recusa alimentar, assim como ansiedade, nervosismo e agitação. O facto dos enfermeiros apoiarem o doente na refeição facilita a avaliação, identificação e instituição de medidas de alívio desses sintomas. Ao longo da refeição os enfermeiros devem concentrar-se em ajudar o doente, assegurar-se que este se encontra numa posição confortável, que o tabuleiro é

de fácil acesso, que a comida é quente e tem bom aspeto, outros atos que, entre outros, podem influenciar a satisfação são assegurar que a responsável entrega o tabuleiro de uma forma cortês e mostrar uma atitude positiva para com a comida explicando a dieta ao doente.

O que registar?

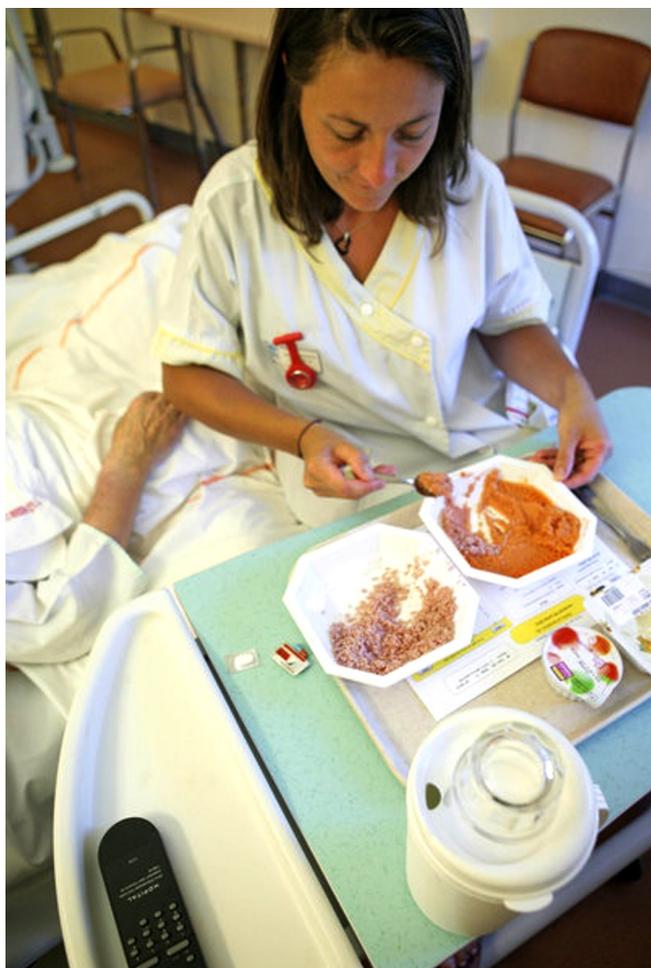
O registo da informação é a chave para a continuidade do cuidado nutricional devendo ser executada de uma forma precisa e oportuna, estes devem transmitir os princípios de enfermagem na nutrição e hidratação da pessoa internada assim como o quadro de referência do cuidar.

Best (2008) objetiva e descreve que a documentação em enfermagem na vertente nutricional deve incluir um relato claro e visível, em que os aspetos essenciais para o registo são: o peso e altura do doente; score obtido na avaliação do risco nutricional; qualquer involuntária ou não intencional perda de peso (nos últimos três meses) incluindo indicadores visíveis como roupa larga, anéis ou próteses dentárias; plano de cuidados nutricionais; alergias alimentares; preferências alimentares; qualquer condição clínica relevante; medicação que possa afetar o apetite ou o paladar; dieta e líquidos ingeridos; necessidade de uma dieta específica; estado atual de apetite do doente; capacidade do doente para ingerir a comida oralmente; nível de assistência necessária para comer e presença severa de vômitos ou diarreia.

“A quantificação da ingestão alimentar é o meio mais objetivo e fiável para avaliação da adequada ou não, ingestão nutricional da pessoa internada, realça-se nos registos de enfermagem a imperativa intervenção da monitorização alimentar quantitativa e qualitativa nos doentes com risco ou alteração do estado nutricional...”

A quantificação da ingestão alimentar é o meio mais objetivo e fiável para avaliação da adequada ou não, ingestão nutricional da pessoa internada, realça-se

nos registos de enfermagem a imperativa intervenção da monitorização alimentar quantitativa e qualitativa nos doentes com risco ou alteração do estado nutricional, envolvendo a identificação dos fenómenos de enfermagem relacionados e planeamento de intervenções direcionadas para posterior registo objetivo, claro e conciso necessário à continuidade de cuidados (Martins et al., 2008).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certos da problemática da desnutrição hospitalar, apelamos à consciencialização e sensibilização das equipas de enfermagem para a sua resolução, através de um cuidado nutricional com finalidade terapêutica que previna a desnutrição e contribua para o controle do processo patológico e recuperação da saúde, proporcionando ao mesmo tempo o maior grau possível de satisfação sensorial e psicológica.

Apoiado no quadro conceptual da Ordem dos Enfermeiros (2002), o enfermeiro deverá exercer o seu exercício profissional centrado na relação interpessoal com a pessoa e sua família, distinguindo-se pela formação e experiencia na promoção de uma relação terapêutica que promova a proatividade do cliente na consecução do seu projeto de saúde. Este, como elemento integrante numa equipa multidisciplinar, terá um papel de *pivot* na gestão dos recursos de saúde promovendo a aprendizagem para lidar com os desafios de saúde, desenvolvendo intervenções integrantes de um processo de cuidados com a máxima responsabilidade pela sua implementação.

A necessidade de adequação das práticas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade em enfermagem, entendida como a excelência de cuidados, determina que os enfermeiros baseiem a sua atuação em práticas recomendadas e cientificamente comprovadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes.

Assim, num primeiro momento a realização da avaliação nutricional pelo enfermeiro irá permitir a sinlização das pessoas internadas com risco ou alteração do estado nutricional e conseqüentemente o desenvolvimento de um plano de cuidados adequado e individualizado que contrarie a condição identificada, que contribua na evolução clinica, evite complicações, diminua o tempo de internamento e os custos hospitalares. De salientar que neste campo, são desenvolvidas inúmeras intervenções autónomas de enfermagem, as quais devem ser valorizadas pelos enfermeiros impulsionando o seu reconhecimento pela pessoa internada e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA. American Dietetic Association (1994). ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. *Journal of the American Dietetic Association*, (9), 838-839.
- Best, C. (2008). *Nutrition: a handbook for nurses* (1ª ed.). United kingdom: Wiley – Ackwell.

- Bloomfield, J. & Pegram, A. (2012). Improving nutrition and hydration in hospital: the nurse's responsibility. *Nursing Standard*, 26(34), 52-56. Consultado a 13 novembro de 2013, em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=13bcfag8-d508-4bb8-873f1f9c71531b57%40sessionmgr198&vid=2&hid=126>.
- Council Of Europe – Committee Of Ministers (2003). Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals. Consultado a 09 outubro de 2013, em http://www.nutritionday.org/uploads/media/Resolution_of_the_Council_of_Europe.pdf.
- Duchini, L.; Jordão, A.; Brito, T. & Diez-Garcia, R. (2010). Avaliação e monitoramento do estado nutricional de pacientes hospitalizados: uma proposta apoiada na opinião da comunidade científica. *Revista de Nutrição*, 23(4), 513-522.
- Forsyth, D.; Lapid, M.; Ellenbecker, S.; Smith, L.; O'Neil, M.; Low, D.; Clobes, J.; Drier, J. & Seifers, M. (2008). Hydration status of geriatric patients in a psychiatric hospital. *Mental Health Nursing*, 29(8), 853-862. Consultado a 11 dezembro de 2013, em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=od6f1c73-cb6a-41c9-85b1-0a8bbad1e387%40sessionmgr113&vid=2&hid=118>.
- Garcia, R. (2006). A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planeamento. *Revista de Nutrição*, 19(2), 129-144.
- Hospital Caterers Association & Royal College of Nursing (s.d.). Protected mealtimes: policy. UK: NHS. Consultado a 08 de novembro de 2013, em <http://www.hospitalcaterers.org/documents/pmd.pdf>.
- Kondrup, J.; Alisson, S.P.; Elia, M.; Vellas, B. & Plauth, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421. Consultado a 29 novembro de 2013, em http://ac.els-cdn.com/S0261561403000980/1-s2.0-S0261561403000980-main.pdf?_tid=f306762e-7fe8-11e3-ad3f-00000a0b0f6c&acdNat=1390012603_948a9c50907e5f84adbea7e9f1d423af.
- Martins, A.; Pinto, A.; Lourenço, C.; Pimentel, E.; Fonseca, I.; André, M.; Almeida, M.; Mendes, O.; Santos, R. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 52-61. Consultado a 17 dezembro de 2013, em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf.
- Matos, L. (2007). A desnutrição associada à doença na admissão hospitalar: um contributo para o rastreio. Porto: Faculdade de ciências da nutrição e alimentação – Universidade do Porto.
- National Patient Safety Agency & Royal College Of Nursing. (2007). Water for health: Hydration best practice toolkit for hospitals and healthcare. UK: NHS. Consultado a 08 novembro de 2013, em http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/70374/Hydration_Toolkit_Entire_and_In_Order.pdf.
- O'Regan, P. (2009). Nutrition for patients in hospital. *Nursing Standard*, 23(23), 35-41. Consultado a 10 novembro de 2013, em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=df91ff4e-7df9-4583-81c78f8be84032349%40sessionmgr114&vid=2&hid=118>.
- OE. Ordem Dos Enfermeiros (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Ago. 2012. Consultado a 18 dezembro de 2013, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
- Ruivo, I. (2007). Rastreio nutricional / Elaboração de um protocolo. Porto: Faculdade de ciências da nutrição e alimentação – Universidade do Porto.

Artigo Rececionado em 07/05/2014

Aceite para Publicação em 07/11/2014

Daniela Gomes Magalhães:



Enfermeira no Serviço de Gastrenterologia do [REDACTED] Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Licenciada em Enfermagem; Mestranda em Enfermagem.

Contacto: [REDACTED]

