



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Conhecimento dos Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva, na área de Prevenção de Úlceras por Pressão

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Tiago André Baptista Silva

Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Tiago André Baptista Silva, nº aluno 24483

Conhecimento dos Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva, na área de Prevenção de Úlceras por Pressão

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientado:

Professora Doutora Aurora Pereira

Viana do Castelo, 2022

RESUMO

O relatório Crítico de Atividades insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional realizado no Serviço de Medicina Intensiva de um Hospital da região Norte, com vista à aquisição/aperfeiçoamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e atribuição académica do Mestrado.

Em Cuidados Intensivos a dependência das funções mais básicas coloca sobre o enfermeiro que presta cuidados a responsabilidade de manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. A escolha do local de estágio, assume um papel preponderante, uma vez que é através do contacto permanente com o doente crítico que a aprendizagem assume um papel ativo, e permite o cruzamento de experiências práticas e teóricas com o pensamento critico-reflexivo, tomada de decisão e a busca pelo saber.

Este relatório encontra-se dividido em dois capítulos, sendo que o primeiro capítulo diz respeito às atividades desenvolvidas e competências adquiridas nos domínios de competências do Enfermeiro Especialista: domínio da prestação de cuidados; domínio da formação; domínio da gestão e domínio da investigação. A problemática que deu origem ao segundo capítulo deste relatório, percurso investigativo, foi a área de prevenção de Úlceras por Pressão. Observamos que o conhecimento dos enfermeiros não era unânime na prestação de cuidados, e que as estratégias de prevenção variavam de turno para turno. Deste modo, elaborou-se uma questão de investigação: **Qual o conhecimento dos enfermeiros de um Serviço de Medicina Intensiva sobre prevenção de UPP?**

Foi utilizada a escala Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool para dar resposta à pergunta de investigação. Numa amostra de 61 enfermeiros, observa-se lacunas de conhecimento nas áreas de medidas preventivas, quer com a duração, quer com a quantidade de forças externas responsáveis pelo desenvolvimento de UPP, obtendo-se *scores* de 48,52% e 44,67% respetivamente. Os enfermeiros demonstram dificuldades no item da etiologia e desenvolvimento (51,37%), bem como classificação (47,27%). Apresentam conhecimentos desatualizados, bem como práticas atualmente não recomendadas. Os itens melhores pontuados foram o da avaliação do risco (74,59%) e nutrição (62,30%). Os enfermeiros obtiveram na Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool uma pontuação média de 50,54% das 6 áreas de conhecimento, o que revela um nível de conhecimentos insuficientes.

Palavras-Chave: Conhecimento; Enfermeiros e Úlceras por Pressão.

ABSTRACT

The Critical Activities report is part of the Internship of a Professional Nature carried out in the Intensive Care Unit of a Hospital in the North region, with a view to acquiring/improving the specific skills of the Nurse Specialist in Nursing in Person in Critical Situation and academic attribution of the Master.

In Intensive Care, dependence on the most basic functions places the responsibility of maintaining basic life functions on nurses who provide care, preventing complications and limiting disabilities, with a view to their full recovery. The choice of the internship location assumes a preponderant role, since it is through permanent contact with the critical patient that learning takes on an active role, and allows the crossing of practical and theoretical experiences with critical-reflective thinking, decision-making decision and the search for knowledge.

This report is divided into two chapters, with the first chapter concerning the activities carried out and skills acquired in the areas of expertise of the Specialist Nurse: domain of care delivery; field of training; domain of management and domain of research. The issue that gave rise to the second chapter of this report, an investigative path, was the area of Pressure Ulcers prevention. We observed that nurses' knowledge was not unanimous in providing care, and that prevention strategies varied from shift to shift. In this way, an investigation question was elaborated: **What is the knowledge of the nurses of an Intensive Care Service about Pressure Injury Prevention?"**.

The Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool scale was used to answer the research question. In a sample of 61 nurses, gaps in knowledge were observed in the areas of preventive measures, both with duration and with the number of external forces responsible for the development of PU, obtaining scores of 48.52% and 44.67% respectively. Nurses demonstrate difficulties in the item of etiology and development (51.37%), as well as classification (47.27%). They present outdated knowledge, as well as currently not recommended practices. The best scored items were risk assessment (74.59%) and nutrition (62.30%). The nurses obtained an average score of 50.54% in the 6 areas of knowledge in the Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool, which reveals an insufficient level of knowledge.

Key words: Knowledge; Nurses and Pressure Ulcers.

*“No amanhã moram milhares de possibilidades, e tu não
digas nunca, a nenhuma delas.
Tu escolhes alguns caminhos e evitas outros, mas não
desistas, não percas a fé.
Apenas tens que te focar em ti. Faz o teu trabalho e
nunca te compares com os outros, mas dá sempre o teu
melhor. Sabes o que é sempre o teu melhor? O teu
melhor, é sempre o que tu podes e muitas vezes não
fazes, pelas mais variadas razões. Sonha, mas deixa que
alguém te acorde, porque apenas sonhar não
basta...mas sonha, nunca deixes de o fazer, porque
enquanto sonhas, fazes o rascunho do teu futuro. E só tu
podes concretizar, edificar. Não esperes pela sorte. A
sorte não é algo que cai do céu, é algo que se trabalha e
se conquista pela não desistência. Por isso, é que
corações que pulsam ou batem ao ritmo da bondade dos
sonhos, podem moldar o mundo”.*

Padre Ricardo Esteves, 2022

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todas as pessoas que foram importantes no antes, durante e após o término desta etapa académica.

Primeiramente, agradecer à minha esposa a motivação, paciência, e resiliência nos diversos momentos de ausência do ciclo familiar.

À minha filha por a privar de muitos momentos importantes do seu crescimento, e que não partilhamos.

Com especial apreço, à Professora Doutora Aurora Pereira da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pela orientação, resiliência, carinho, dedicação e compreensão.

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo, companheirismo e motivação para terminar este percurso académico.

Às minhas tutoras, Ana Martins e Bruna Rocha por todo o apoio, pelos conhecimentos partilhados, pela sua dedicação, orientação, amizade, generosidade e paciência.

À Enfermeira Coordenadora do Serviço de Medicina Intensiva, Isabel Silva, por todo o seu profissionalismo e dedicação para comigo.

Aos Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva pela forma acolhedora e pelo carinho com que me receberam na equipa.

Ao Professor Doutor Paulo Alves, da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas pela sua disponibilidade, interajuda e generosidade durante este percurso académico.

E, à equipa da Arjo, e em especial à Rute Monteiro, *Account Manager* pela sua disponibilidade, ajuda e dedicação

.

A todos, o meu sincero OBRIGADO!

ABREVIATURAS

nº – Número

n – Amostra

p. – Página

cc – Centímetros cúbicos

cm – Centímetros

cmH₂O – Centímetros de água

e.g. – *Exempli gratia*

ed. – Edição

et al. – e os outros

m² – Metros quadrados

min. – Minutos

ml/h – Mililitros por hora

kcal – Quilocalorias

kcal/ml – Quilocaloria por mililitro

Kg – Quilograma

Vol. – Volume

% – Percentagem

> – Superior

° – Graus

SIGLAS

ASPEN – *American Society of Parenteral and Enderal Nutrition*

APACHE II - *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation II*

BPS – *Behavioral Pain Score*

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

DOI – *Digital Object Identifier*

EE – Enfermeiro Especialista

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EPE – Empresa Público Empresarial

EPUAP – *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

ESS – Escola Superior de Saúde

IACS – Infecções associadas aos Cuidados de Saúde

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

ISBN – *International Standard Book Number*

ISSN – *International Standard Serials Number*

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NAS – *Nursing Activities Score*

NPUP – *National Pressure Ulcer Advisory Panel*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PAVM – Pneumonia associada à ventilação mecânica

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências a Antimicrobianos

PPPIA – *Pan Pacific Pressure Injury Alliance*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PUKAT – *Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool*

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

RASS – *Richmond agitation-sedation scale*

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

UPP – Úlceras por Pressão

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I: PERCURSO DE ESTÁGIO: DAS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO ÀS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ADQUIRIDAS	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	16
2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	24
2.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	26
2.2. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	61
2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO	71
2.4. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	76
CAPÍTULO II: PERCURSO INVESTIGATIVO: O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA SOBRE A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO	79
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	80
2. PERCURSO METODOLÓGICO	88
2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	88
2.2. DESENHO DO ESTUDO.....	89
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	89
2.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS	90
2.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	91
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	93
3.1. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	103
CONCLUSÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS.....	108
CONCLUSÃO.....	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
APÊNDICES	128
Apêndice A: Introdução do “Foco de Enfermagem” Família no <i>Bsimple</i>	129
Apêndice B: Programa de Formação: sessão <i>Powerpoint</i>	130
Apêndice C: Plano esquemático do Programa de Formação.....	138
Apêndice D: Poster da Classificação de UPP	141

Apêndice E: Questionário da Avaliação da Formação	142
Apêndice F: Questionário de Colheita de Dados.....	144
Apêndice G: Consentimento Informado	150
ANEXOS	152
Anexo I: Declaração de Formador, na Sessão de Formação em Serviço: “ UPP em UCI”	153
Anexo II: Declarações de Formando	154
Anexo III: Declaração de Formador nas sessões dia 15 e 24 de março de 2022..	155
Anexo IV: Exposição Prática do Programa de Formação	156
Anexo V: Parecer Conselho de Ética, Enfermeira Chefe e Diretor Clínico	157
Anexo VI: Autorização para o uso da escala PUKAT	158

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa de incidência e prevalência de UPP no SMI	81
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Avaliação geral da formação, respostas por questão.....	69
Tabela 2: Avaliação de impacto da formação, respostas por questão.....	70
Tabela 3: Avaliação geral dos formadores, respostas por questão.....	70
Tabela 4: Distribuição das respostas: Etiologia e Desenvolvimento de UPP.....	93
Tabela 5: Distribuição das respostas: Classificação e Observação.....	95
Tabela 6: Distribuição das respostas: Avaliação do Risco.....	96
Tabela 7: Distribuição das respostas: Nutrição.....	97
Tabela 8: Distribuição das respostas de medidas preventivas: Redução de quantidade de pressão e forças de torção.....	98
Tabela 9: Distribuição das respostas de medidas preventivas: Redução de duração de pressão e forças de torção.....	101
Tabela 10: Percentagem de respostas corretas por área de conhecimento.....	102

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP), do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), que decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um Hospital Central da Região Norte do país, no período de 17 de março de 2021 a 10 de fevereiro do presente ano, com um total de 494,5 horas de contacto.

A Enfermagem constituiu-se atualmente como uma profissão e disciplina científica, autónoma, com campo de atuação e de investigação próprio. A atribuição do grau de mestre, independentemente da área de especialidade, depende da demonstração da capacidade de integração de conhecimentos, a sua aplicação crítica, reflexão sobre as implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação clara e objetiva das suas apreciações, dos conhecimentos e raciocínios subjacentes, conforme o artigo nº15 do Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março (Ordem dos Enfermeiros (OE),2021).

A realização do ENP, e respetivo relatório, é a modalidade “(...) que melhor permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista (EE)” (OE, 2021, p.2).

Com vista à aquisição/aperfeiçoamento das competências específicas do EE em enfermagem na Pessoa em Situação Crítica (PSC) a escolha do local de estágio, assume um papel preponderante, uma vez que é através do contacto permanente com o doente crítico que a aprendizagem assume um papel ativo e permite o cruzamento de experiências práticas e teóricas com o pensamento critico-reflexivo, tomada de decisão e a busca pelo saber.

Benner (2001) refere que as competências profissionais desenvolvem-se gradualmente ao longo do tempo, sendo que o desenvolvimento das mesmas está condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão, motivação e características individuais da pessoa, assim como pelos diferentes contextos profissionais. Por outro lado, a aprendizagem experimental em ambientes de alto risco exige do enfermeiro um rápido crescimento.

Em Cuidados Intensivos a dependência das funções mais básicas coloca sobre o enfermeiro que presta cuidados à PSC a responsabilidade de manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento nº 124/2011, 2011).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) (2008), doente crítico é aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

Os Cuidados Intensivos são, por definição, locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (Ministério da Saúde, 2003).

Num ambiente de “ritmo acelerado” característico dos Cuidados Intensivos, os cuidados de saúde e, naturalmente, os cuidados de enfermagem, assumem atualmente um carácter importante e de exigência técnica e científica, pelo que a diferenciação e a especialização são uma realidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Enquanto problemática, constatamos que o conhecimento dos enfermeiros relativamente à prevenção de Úlceras por Pressão (UPP) não era unânime. Apesar do serviço dispor de um grupo interno de trabalho no âmbito do tratamento e prevenção de feridas na PSC, a maioria dos enfermeiros apresentava conhecimentos desatualizados. No SMI observamos taxas de incidência e prevalência de UPP na ordem dos 18% no ano 2021, com uma equipa de enfermagem heterógenea na experiência e formação na área da prevenção de UPP, práticas de prevenção desatualizadas, cuidados de prevenção variáveis entre turnos e registos de enfermagem inadequados. Deste modo, este relatório documenta no capítulo II um estudo de investigação realizado no âmbito da problemática identificada na equipa de enfermagem. Elaborou-se uma questão de investigação: **Qual o conhecimento dos enfermeiros de um Serviço de Medicina Intensiva sobre prevenção de UPP?** e aplicou-se a escala Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool (PUKAT), validada para a população portuguesa em 2012.

De forma a obter um fio condutor, a natureza deste relatório não se coaduna com um simples depósito amorfo, mas antes como um espaço de reflexão pessoal distendida no tempo, e também como um espaço de partilha e colaboração com os outros (Gomes, 2006).

O curso de MEMC da ESS-IPVC visa desenvolver competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas diferenciadas na prestação de cuidados à PSC, sendo que o Regulamento do ciclo de estudos referente ao grau de Mestre, prevê um ENP com elaboração e discussão de relatório final (Regulamento de Frequência e Avaliação dos cursos de mestrado da ESS-IPVC, 2019).

Para a OE (2021), o estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de enfermeiro para EE, materializando o relatório apresentado, a síntese

crítica, estruturação e atividades que compuseram o processo formativo em causa, integrando uma componente de investigação.

Ao mestre, compete possuir conhecimentos de compreensão a um nível que “(...) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”. Por outro lado deve “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”. Apresenta “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (...)” e “desenvolver competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto de Lei nº107/2008, p.3842).

Assim sendo, no sentido de obtermos MEMC, este relatório tem como objetivos:

- Descrever de forma sistemática e fundamentada as experiências significativas que contribuíram para a aprendizagem e evolução ao longo do ENP,
- Analisar de forma critico-reflexiva os saberes adquiridos e o contributo dado para a aquisição de competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Descrever o percurso investigativo inerente à problemática identificada na equipa de enfermagem do SMI.

Este relatório em termos estruturais, é constituído por dois capítulos. O primeiro capítulo detalha o percurso do ENP. Numa primeira instância realizamos a contextualização do estágio, seguindo-se uma análise crítica e reflexiva das competências desenvolvidas nos domínios de competência do EE: Domínio da Prestação de Cuidados; Domínio da Formação; Domínio da Gestão dos Cuidados e Domínio da Investigação. No segundo capítulo, apresentamos o percurso investigativo inerente ao conhecimento dos enfermeiros do SMI sobre a prevenção de UPP. Por fim, a conclusão deste relatório que detalha os contributos para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futuro EE na PSC.

De forma a garantir o anonimato da Instituição de Saúde onde decorreu o ENP, a mesma é mencionada ao longo do relatório como “Hospital”.

O presente relatório segue as normas de elaboração de trabalhos científicos definidas pela ESS-IPVC.

**CAPÍTULO I: PERCURSO DE ESTÁGIO: DAS APRENDIZAGENS
EM CONTEXTO CLÍNICO ÀS COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS ADQUIRIDAS**

Este capítulo está dividido em duas partes. Numa primeira fase, uma contextualização da instituição de saúde e a dinâmica estrutural e orgânico-funcional do serviço onde decorreu o ENP. Na segunda parte, expomos uma análise e reflexão crítica das actividades desenvolvidas e competências adquiridas no ENP no âmbito dos domínios de competências do EE.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Segundo o *website* do Hospital onde decorreu o ENP, este obteve a 5 janeiro de 2022 no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, a melhor classificação do país na dimensão “Excelência Clínica”. O SMI no qual realizámos o ENP foi classificado pela Entidade Reguladora da Saúde com o nível máximo. Paralelamente à classificação na dimensão Excelência Clínica, o referido Hospital obteve ainda o nível máximo na avaliação das dimensões: segurança do doente e focalização do utente. A 7 abril de 2021 foi reconhecido pela Ministra da Saúde, Marta Temido, pelo seu trabalho e pelo excecional desempenho dos profissionais de saúde no âmbito da resposta à Covid-19.

Desde 2015 que o Hospital conquista o primeiro lugar no grupo de melhores hospitais de média/grande dimensão do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nos prémios “TOP 5 – A Excelência dos Hospitais”, promovido pela IASIST, empresa multinacional de *benchmarking* hospitalar. É acreditado internacionalmente pela Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS). Esta acreditação centra-se em padrões de qualidade, liderança, gestão e cultura, normas corporativas, risco e segurança, cuidados centrados no doente e gestão de serviços e ambiente. Com o cumprimento rigoroso da norma ISO 9001 - Sistemas de Gestão da Qualidade da Organização Internacional de Normalização, foi atribuído ao SMI a certificação (*website* do Hospital).

O Hospital tem como missão prestar cuidados de saúde de excelência, através de uma prática de qualidade, competência, eficiência, rigor e diferenciação, fortalecendo o princípio da humanização. Por outro lado, visa ser uma referência na prestação de cuidados de saúde em Portugal, assente nas melhores práticas clínicas e na inovação, promovendo o desenvolvimento sustentado, a par de uma relação de excelência com os seus utentes, familiares e profissionais. Rege-se pelos valores de respeito, desenvolvimento humano, competência, responsabilidade, paixão, compromisso e inovação. Simultaneamente a isto, tem como princípios o respeito pela dignidade humana e orientação com foco no utente; O talento, formação, multidisciplinaridade e

trabalho em equipa; Uma cultura de gestão e prática assistencial centradas em elevados padrões éticos; A promoção da saúde na sociedade e envolvimento na comunidade; Fomenta práticas de sustentabilidade a nível ambiental e por fim eficiência no uso dos recursos e probidade na conduta (*website* do Hospital).

Integrado no SNS, colabora com as restantes unidades prestadores de cuidados de saúde da rede do SNS. Abrange diretamente, de acordo com o *website*, uma área de 275 000 habitantes. Quando referenciado para especialidades, como por exemplo, de neurocirurgia, laboratório de hemodinâmica, a área é alargada para cerca de 1 100 000 habitantes.

O SMI, anteriormente designado como Unidade de Cuidado Intensivos (UCI) encontra-se localizado no 4º Piso do Pólo Tecnológico do Hospital e partilha este piso com a Unidade de Cuidados Coronários Intensivos. É um serviço polivalente (capaz de assegurar em colaboração, os cuidados integrais) e multidisciplinar adaptado ao nível II e III.

Florence Nightingale mantinha os doentes em risco iminente de vida ou com necessidade de cuidados ininterruptos sob vigilância ativa, mantendo-os junto aos postos de enfermagem. Após a segunda guerra mundial, os cuidados aos doentes cirúrgicos, nomeadamente os pós-operatórios de cirurgias neurológicas, eram mais seguros devido ao avanço da tecnologia, o que permitiu manter a vida a doentes com falência orgânica. Desta forma, associando o avanço tecnológico ao conhecimento e à estrutura organizacional, surgem as UCI (Viana, 2011). As UCI foram desenvolvidas a partir da década de 50 do século XX.

O aumento da relevância e do papel da medicina intensiva a nível do Hospital, bem como da sua interdisciplinaridade, fez com que esta radicasse no organigrama hospitalar, passando de UCI para SMI, ou seja, a integração da unidade intensiva e intermedia num único serviço do Hospital. Para Paiva [et al.] 2017, esta integração é essencial à maximização de eficiência, otimização de continuidade de cuidados, facilitação de disponibilidade de camas e da sua gestão com equidade, redução de eventos adversos e custos de tratamento, bem como, de readmissões em nível III.

Os SMI podem ser constituídos por uma ou mais UCI, podendo as camas de nível II e nível III estar localizadas na mesma unidade ou em unidades diferentes. É recomendável que os SMI e cada UCI não tenham um número inferior a 8, integrando camas nível II e nível III. A relação de camas nível II/III é ajustado à carteira de serviços institucionais (Paiva [et al.], 2017).

Segundo Valentin e Ferdinande (2011), as camas de nível III, designadas atualmente de intensivas, são destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e desta forma necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico. As camas de nível II, vulgarmente designadas de intermédias, devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva.

Atualmente o SMI onde estagiamos encontra-se dividido em duas unidades, sendo que a gestão de doentes e governação clínica é feita dentro do próprio serviço. Atualmente possui 32 camas, das quais, 20 são para nível III e 12 para nível II.

O SMI onde decorreu o estágio é, de acordo com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, uma unidade nível II e nível III, o que lhe confere capacidade de monitorização, diagnóstico e terapêutica. Por outro lado, possui capacidade para implementar medidas de controlo contínuo da qualidade, tendo programas de ensino e treino na área, devido à idoneidade formativa, compreendendo equipas qualificadas (Ministério da Saúde, 2003).

O internamento num SMI é considerado segundo o manual de Cuidados Intensivos (2003) do Ministério da Saúde, transitório para alguns doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo, e não um fim em si. O processo inicia-se logo no momento em que se encontra o doente, quando foi vítima do acontecimento que lhe condicionou o risco de vida. Meleis (2010) remete para a mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos e papéis, o que poderá ter como consequência a alteração de comportamentos. Para esta teórica de enfermagem, a condição do doente crítico é uma experiência de transição complexa e multidimensional.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a medicina intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave, potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais. É um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave.

Os SMI/ UCI devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, quer seja numa sala de emergência médica do serviço de urgência, unidades intensivas ou intermédias ou no internamento através de equipas de emergência interna (Ministério da Saúde, 2017). Deste modo, segundo Paiva [et al.] 2017, pode-se prevenir a doença crítica ou, pelo menos, detetá-la precocemente, evitando a sua progressão, minimizando o consumo de camas nível III e reduzindo a

duração do internamento no SMI. Com isto, é garantido o processo assistencial do doente crítico, com capacidade de resposta qualificada, diferenciada e imediata 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Os SMI assumem as responsabilidades por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados nomeadamente, critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica (Paiva [et al.], 2017).

Para os autores supracitados a capacidade para abordar doentes, complexos e graves, de forma global, integrada e multidisciplinar, é, cada vez mais importante num mundo de fragmentação e especialização de conhecimento. Os SMI são responsáveis hoje em dia por cerca de 13,4% do total dos custos hospitalares, isto é, 4,1% dos gastos nacionais em saúde e certa de 0,56% do produto nacional bruto. O crescimento dos custos dos cuidados com doentes críticos implica decisões baseadas em critérios de qualidade, eficácia, eficiência, com a preocupação de garantir o exercício ético da medicina nos limites da função orgânica.

Pela própria característica polivalente do SMI, este recebe doentes instáveis com uma multiplicidade de patologias como *e.g.*: doentes com traumatismo crânio-encefálico (TCE), acidentes vasculares cerebrais, politraumatizados, doentes para doação de órgãos, doentes pós cirúrgicos, doentes em choque cardiogénico, hipovolémico e séptico, doentes com sépsis e sépsis grave, urgências oncológicas, pneumonias extensas, falências renais, e status pós paragem cardiorrespiratória, para citar apenas os motivos de admissão mais comuns.

Concomitantemente, os enfermeiros são confrontados, de modo crescente, com situações complexas e de difícil resolução, quer pela sua imprevisibilidade, quer pela sua incerteza, decorrentes de diversos fatores, traduzindo que o cuidar em enfermagem não pode ser estandardizado, implicando tomar decisões não aleatórias e mobilizar recursos humanos e materiais perante situações singulares e imprevisíveis (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021).

Quando o SMI não dispõe de meios adequados e necessários para a manutenção ou resolução do estado de saúde do doente crítico, (*e.g.* cirurgia cardio-torácica), deve-se privilegiar os critérios relacionados com a visão sistémica do doente. Assim sendo, faz-se a articulação no sentido vertical, do hospital menos diferenciado para o mais diferenciado na área clínica, neste caso concreto para o Hospital de São-João no Porto, segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação Medicina Intensiva (Paiva [et al.], 2017). Não obstante, o SMI que transfere tal doente deve

assumir inerentemente o seu retorno, logo que possível, uma vez que é direito do doente ser tratado na área de residência.

A área clínica do SMI onde decorreu o ENP, é um espaço aberto, com muita luz natural, disposto em forma de círculo, com uma unidade de monitorização central que permite a vigilância contínua dos doentes, sendo que cada cama compreende um monitor com sistema de monitorização de parâmetros fisiológicos com alarmes sonoros e visuais adaptados diariamente à condição clínica do doente. Todas as unidades são amplas, separadas por cortinas, com uma área de aproximadamente 24m², o que permite o acesso ao doente em 360° e uma visão direta entre doente/profissional, cumprindo as recomendações técnicas para instalações de UCI, definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, 2013. A unidade do doente é composta por uma cama elétrica articulada, uma mesa de apoio com material clínico individualizado para prestação direta de cuidados, um carro com material de apoio aos cuidados de higiene e com equipamento de proteção individual para o profissional de saúde.

Em caso de isolamento de doentes, o SMI dispõe de 6 unidades de isolamento de pressão negativa e positiva, com devida antecâmara.

O SMI dispõe ainda, de um secretariado clínico; sala de espera de familiares e visitas; sala de reuniões; áreas de apoio aos profissionais (vestiários, quarto médico, sala de descanso, copa); área de armazenamento de material e equipamento; gabinetes médicos e um gabinete da enfermeira gestora. Existe uma definição clara e bem definida no que diz respeito à circulação de doentes, profissionais, visitas e circuitos dos “limpos” e “sujos”.

As UCI têm de ser dotadas de recursos humanos, no caso em apreço, enfermeiros qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia disponível, 24 horas por dia (Ministério da Saúde, 2003).

Em 2013, o Ministério da Saúde aponta no seu documento de avaliação nacional das UCI, que deve existir uma política de recursos humanos de formação de enfermeiros em Cuidados Intensivos. Reitera ainda, que é importante a formação complementar destes profissionais, de forma, a que sejam dotados de uma experiência singular no domínio de atuação desta área científica.

O SMI apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais e um administrativo. A equipa de enfermagem é constituída por 83 enfermeiros: 1 enfermeiro gestor, 1 enfermeiro adjunto, 61 enfermeiros generalistas, 12 EE em enfermagem médico-cirúrgica e 8 EE em enfermagem de reabilitação. A equipa médica é constituído pelo diretor de serviço e 17 médicos sendo:

7 médicos anestesiologistas, 4 médicos de medicina interna, 4 médicos pneumologistas, e 2 internos de formação em medicina intensiva, sendo que destes, 9 detêm especialidade em medicina intensiva. Quanto às assistentes operacionais, apresenta uma equipa constituída por 30 profissionais.

Com as medidas de carácter extraordinário nas unidades de saúde do SNS devido à pandemia Covid-19, o SMI retomou as visitas aos utentes a 1 de julho de 2021, após orientação do conselho de Administração Hospitalar. Para Gottlieb (2016), cada encontro com a família é uma oportunidade para aprender mais sobre o doente e sobre a própria família. Não obstante, mesmo em tempos de pandemia, e após definidos circuitos de controlo de infeção para evitar cadeias de transmissão, o SMI permitiu às famílias de doentes graves, a visita, demonstrando a importância da humanização e o caminho para a qualidade e excelência do cuidar. Para Rojas (2019), humanizar em cuidados intensivos implica incluir os familiares em todos os processos.

Segundo Oliveira [et al.] (2018, p.5):

“uma aproximação às vivências dos familiares pode ajudar também os enfermeiros a refletirem sobre a importância da realização do acolhimento à família, sobre o envolvimento da família no cuidado e a considerarem também a própria família como um foco desse cuidado”.

A OE, no seu quadro conceptual subjacente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001, p.11) reforça o que acima foi supracitado, e refere que “as intervenções de enfermagem são otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo de processo de cuidados (...)”. Ainda nesta perspetiva, a OE em 2018 (p.19363), assume no regulamento de competências específicas de EE em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem na PSC, que o EE deve “cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”.

As visitas no SMI são realizadas no período entre as 12 horas e as 19 horas e 30 minutos, uma visita por doente, com duração máxima de 30 minutos. Porém, sempre que justificável, é permitido mais do que uma visita, sendo que os doentes em regime de isolamento são igualmente abrangidos.

Em relação à gestão de recursos materiais, nomeadamente dos stocks farmacêuticos, está implementado um sistema de reposição, denominado *Pyxis* na unidade 1. Neste sistema, existe uma distribuição da medicação, onde o acesso é condicionado e protegido pela palavra-chave do enfermeiro. Em níveis operacionais, este sistema otimiza a gestão de medicamentos, desde pedidos, ruturas de stock e gestão de datas

de validade. Este sistema permite uma melhor gestão a nível da farmácia, maior segurança e controlo.

Sendo uma meta para 2026, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD, p.102) que “90% das instituições de saúde utilizem ferramentas de controlo e monitorização da prática segura relativo (...) segurança da medicação (...)”. Assim sendo, podemos aferir que este sistema orienta o enfermeiro para a medicação e informação ao doente, tudo num único local, melhorando o circuito de segurança da medicação.

Na unidade 2, existe um *stock* avançado, sem sistema *Pyxis* que é monitorizado diariamente pelos serviços farmacêuticos. Nesta unidade existem outras preocupações relativas às práticas seguras do medicamento. Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2014), é esperado a implementação de estratégias nas organizações de saúde que promovam o uso seguro de medicamentos, com especial atenção para os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, designados como medicamentos *Look-Alike* e *Sound-Alike*. Por outro lado, já em 2015 o autor anteriormente citado e a Organização Mundial de Saúde (2019), reforçam que também é igualmente prioritário o desenvolvimento e implementação de estratégias de segurança para os medicamentos de alerta máximo, ou seja, aqueles que têm potencial de provocar danos graves ou até fatais em consequências de falhas no seu processo de utilização. No SMI, e no caso da unidade 2, tivemos a oportunidade observar o cumprimento desta práticas seguras, sendo a dupla verificação de enfermagem independente (DGS, 2015), uma das estratégias de segurança na administração de medicamentos.

A 25 de maio de 2018 entrou em vigor o Regulamento Geral de Proteção de dados, regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, que harmoniza um conjunto de regras para o tratamento de dados pessoais e privacidade. A nível funcional, o SMI readaptou-se a este regulamento, porém durante o estágio denotamos que não existia nenhum local para armazenamento de documentos confidenciais que possam identificar ora os colaboradores, os doentes, o Hospital e ou outras Entidades. Por rotina faz-se a impressão dos diários médicos tanto para a passagem de turno médica como de enfermagem, onde nestes consta o nome completo do doente e o estado clínico no momento. Existe uma norma interna hospitalar, IDT. 067.01 atualizada a 6/10/2021, intitulada “Destruição de Documentos Confidenciais” que orienta os serviços para esta instrução de trabalho. Desta forma, após deteção do problema, informamos as enfermeiras tutoras e enfermeira chefe e tomaram-se as diligências para correção do problema. Foi colocado no gabinete médico e junto aos

balcões de trabalho de enfermagem do SMI um local para armazenamento do lixo confidencial. Os documentos são acondicionados em saco de cor azul, cumprindo assim os critérios do manual CHKS, e a política de segurança da informação. Quando esgotada a capacidade máxima de armazenamento é contactada a Direção de Gestão Hoteleira para proceder à recolha do papel.

Ao integrar uma equipa multidisciplinar, muitos podem ser os ganhos pela partilha da experiência no percurso profissional. Em cumprimento ao artigo nº91 alínea c), do Estatuto da OE (2009), é assumido por parte do enfermeiro o dever de integrar a equipa, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

Ao longo do ENP procuramos uma exploração dos espaços físicos e equipamentos tecnológicos de forma autónoma, melhorar a capacidade critico-reflexiva relativamente aos protocolos, normas e procedimentos instituídos, pois na nossa visão de EE na área de enfermagem na PSC, o doente crítico (e.g) deve estar direcionado com boas práticas, individualizadas e personalizadas. No hospital, existe uma plataforma interna, através da *intranet*, onde constam as diversas normas e protocolos que normatizam as intervenções e procedimentos implementados no SMI.

Albuquerque (2018) afirma que a prática baseada em evidências científicas pode ser garantida pela elaboração de protocolos e a sua validação, qualificando desta forma os serviços e os profissionais, tendo o enfoque, na qualidade dos cuidados prestados.

A nossa construção identitária como EE fez-se essencialmente no terreno da prática, e tomar consciência disso foi importante, na medida em que nos permitiu desenvolver um trabalho de introspeção e perceber em que medida as experiências neste estágio contribuíram para a manutenção e desenvolvimento da nossa identidade profissional, sendo este um dos grandes motivos que nos levou à excedente acumulação de horas de estágio. Experiência e vivência traz sabedoria e com elas a repercussão positiva na tomada de decisão perante um doente crítico.

O Regulamento dos Ciclos de Estudos referente ao grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica da ESS-IPVC (Despacho n.º 7710/2018), corrobora o que anteriormente foi referido, acrescentado que o ENP visa:

“complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos [1º ano], através da integração do mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho”.

De seguida, exponhemos uma análise e reflexão crítica das actividades desenvolvidas e competências adquiridas no ENP.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Todo o EE partilha um grupo de domínios, considerados como competências comuns, das quais fazem parte integrante a Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e o Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019).

A OE em 2019, define no Regulamento das Competências Comuns do EE (p.4745), competências específicas como:

“competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Por outro lado, define o domínio de competência como uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados (OE, 2019).

Phaneuf (2005) acrescenta que uma competência é um conjunto de estratégias que integram habilidades cognitivas, psicomotoras e de comportamento sócio-afetivo que permitem o exercício com um determinado nível de desempenho necessário no mercado de trabalho para executar um papel, função, tarefa ou atividade.

Competência profissional, é definida por Camelo e Angerami (2013, p.559) como “experiências, atitudes e valores pessoais usados de maneira adequada em resposta às situações da prática profissional”.

Com a certificação das competências especializadas, o EE é detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

Deste modo, ao longo do estágio integrámos as competências comuns do EE em quatro domínios: Prestação de cuidados, Formação, Gestão e Investigação. É certo que inerente as estas, as competências específicas do EE na área da PSC, segundo o Regulamento nº 429/2018, Diário da República:

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

O enfermeiro assume ainda segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, artigo nº109, da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Segundo Baixinho, Sousa e Vieira (2021), em contextos de pandemia, onde os enfermeiros participam de forma ativa, é necessário (re)olhar para as políticas de saúde, prática clínica e investigação.

O avanço no conhecimento requer (...) uma prática baseada em evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (...) numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento nº429/2018).

A aquisição de competências pressupõe um conjunto de conhecimentos e processos que conduzem à interpretação, compreensão e resolução de problemas, proporcionando assim o desenvolvimento de capacidades de pensamento e atitudes crítico-reflexivas favoráveis à aprendizagem. Assim, esta "...aprendizagem deve ser concebida como um percurso e não um ponto de chegada, é um processo contínuo ancorado na experiência", como refere Gomes e Fernandes (2010, p.53).

Nos pontos seguintes, exponhemos as actividades desenvolvidas e competências adquiridas nos domínios de competências do EE: domínio da prestação de cuidados; domínio da formação; domínio da gestão e domínio da investigação.

2.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Um dos grandes objetivos para este estágio, à luz das competências comuns e específicas, é desenvolver práticas refletidas que permitam um cuidado humano e qualificado e uma intervenção refletida e eficaz à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica internada num SMI, através de intervenções autónomas e interdependentes de observação, diagnóstico, execução e avaliação sistemática da evolução da situação da pessoa, dos cuidados, utilizando meios de vigilância, monitorização e gestão de terapêutica avançados.

A prestação de cuidados ao doente crítico incide na vigilância intensiva e na interpretação de inúmeros dados clínicos complexos. É a antecipação e a rápida perceção dos sinais de gravidade que, aliada a um conjunto de conhecimentos sólidos e fundamentados, destacam o cuidar do EE, promovendo a tomada de decisão baseada na evidência científica, de forma rápida e atempada, atuando isoladamente ou em equipa, com o objetivo de prevenir, corrigir ou minimizar as situações críticas identificadas.

A pandemia Covid-19 veio revolucionar os hospitais e com ela trouxe sem precedentes um dos maiores desafios para os enfermeiros. Segundo Nuñez [et al.] 2020, (p.31) “os SMI estão gravemente subdotados em termos de recursos humanos, seja médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Essa subdotação é particularmente relevante no setor da enfermagem”.

Desta forma, a necessidade de autotransformação e de readaptação aos novos contextos de cuidados veio colocar em descoberto algumas fragilidades perante um cenário de enorme complexidade. A capacidade de resiliência dos profissionais que trabalham no SMI onde estagiámos, foi algo notório. Equipas de enfermagem em constante mudança com a integração rápida de novos colegas, adoção de estratégias para se trabalhar de forma segura, ausências constantes de enfermeiros por isolamento profilático, etc. Gerir e prestar cuidados em cenários de incerteza, morte e isolamento continua a ser um desafio para os enfermeiros num SMI.

Nuñez [et al.] (2020), acrescenta que a pandemia colocou os sistemas de saúde sobre grande pressão, com a implementação de planos de contingência, porém as formas de expressão mais graves da doença impuseram uma procura brusca e exponencial de recursos de medicina intensiva, não sustentáveis no tempo.

É difícil definir ou estabelecer apenas uma teoria de enfermagem que suporte todos os cuidados nesta área do cuidar. No hospital a orientação filosófica, ou a teoria de médio

alcance na prestação de cuidados baseia-se na teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, onde “(...) o cuidar se assume como a essência de enfermagem” (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021, p.10).

Ao longo do estágio, a nossa prestação de cuidados para além de ter como modelo de referência a teórica supracitada, coadjuvou-se também com mais dois modelos teóricos: teoria das transições de Afaf Meleis e a teoria do autocuidado de Dorotheia Orem.

Para Baixinho, Sousa e Vieira (2021), as transições fazem parte da experiência humana e o modo como o cliente gere essas transições afeta a saúde e o bem-estar.

Todo o doente crítico e não crítico vive um processo de transição, e este é assumido por Azevedo [et al.] (2015, p.153), como “uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro (...) como as transições de saúde-doença (...) situação de saúde ou bem-estar, para uma situação de doença aguda ou crónica, ou (...) a passagem de uma situação de doença para uma de bem-estar, que pode, contudo, incorporar a cronicidade”.

Desta forma, desde a admissão do doente no SMI, o enfermeiro é o principal agente facilitador do doente e família (...) que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas (Azevedo [et al.] 2015).

O autocuidado, é definido no *Browser* da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

Nesta perspetiva, baseado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro:

“(...) o EE é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, Artigo 4.º, p.2960)

O EE deve ainda reger-se pelo regulamento nº 140/2019 do Diário da República, relativo à definição das Competências Comuns do EE, no qual, para além das competências comuns, este regulamento esclarece que o EE deve ter 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.

Deste modo, e adotando o quadro conceptual, entende-se a transversalidade dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem.

Iniciamos a prestação de cuidados ao doente crítico no dia 19 de março de 2021, e ao contrário dos receios e anseios evidenciados no estágio anterior neste mesmo local, dada a especificidade de cuidados e equipamentos médicos, atualmente consideramos que o ENP despoletou um desafio mais seguro e motivador. Não obstante, Bach (2001, p.15) acrescenta que “(...) não é o desafio que define quem somos nem o que somos capazes de fazer, o que nos define é o modo como enfrentámos esse desafio”. É essencial que durante o estágio, e enquanto EE, compreenda as dinâmicas próprias da nossa intervenção. Desta forma, o ENP permitiu conforme preconiza a OE (2021) que as aprendizagens essenciais adviessem da prestação de cuidados, traduzindo-se num consolidar de conhecimentos.

Assim sendo, apresentamos de seguida as experiências no domínio da prestação de cuidados que contribuíram para a nossa construção profissional, enquanto futuro EE. Iremos fazer uma abordagem crítico-reflexiva, baseada em evidência científica.

➔ PROCESSO DE ENFERMAGEM

A prestação de cuidados ao doente crítico no decorrer do ENP, teve por base o processo de enfermagem. Este indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas (Nóbrega e Garcia, 2009). Bolander em 1998 (p.40), caracteriza o processo de Enfermagem como “(...) uma série de etapas e ações planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas (...) e abrange cinco etapas dinâmicas e interligadas entre si: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação”. Baixinho, Sousa e Vieira (2021, p.57) acrescentam que “consoante o rigor envolvido na identificação das necessidades, na pesquisa e seleção de informação, e, na integração da informação na ação, reduz a incerteza e aumenta a probabilidade de alcançar os resultados esperados”.

A elaboração de diagnóstico de enfermagem requer uma apreciação objetiva, através de um juízo clínico, decorrente e simultaneamente promotor de uma prática baseada na evidência (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021). Não obstante, sabemos que a elaboração dos diagnósticos medíveis e justificáveis que suportam o processo de enfermagem são

influenciados pela organização dos cuidados, a metodologia de trabalho e a dotação de recursos humanos.

A colheita de dados pode dividir-se em inicial e aprofundada, ambas com propósitos diferentes. A inicial é possivelmente a mais fácil, mas requer competências específicas para que a informação seja colhida. Não obstante, já numa segunda etapa, a colheita de dados é mais focalizada, isto é, “o enfermeiro investiga informações colhidas na avaliação inicial e procura indicadores adicionais capazes de dar apoio ou rejeitar possíveis diagnóstico de enfermagem” (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021, p.56).

O regulamento 140/2019 das competências comuns do EE, p.4748, vem dar ênfase ao conteúdo supracitado, afirmando que o EE deve “otimizar o processo de cuidados (...), melhorando a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar”.

A admissão de doentes no SMI é previamente planeada. O médico informa o enfermeiro responsável de turno com devida antecedência, fornece informação sobre a origem do doente, premência da admissão e necessidades particulares (e.g. isolamento). É da responsabilidade do enfermeiro verificar se a unidade que receberá o doente reúne todas as condições de segurança. Deste modo, ao longo do estágio supervisionamos em colaboração com as enfermeiras tutoras se a unidade cumpria o procedimento “006 – Higienização do material e equipamentos do Hospital”, nomeadamente a presença de material de consumo clínico existente na unidade, ajustando este às informações recebidas. Verificamos ainda, o funcionamento do aspirador, rampas de oxigénio, rampas de ar, montar e testar o ventilador e verificar o funcionamento do monitor de sinais vitais.

O doente pode ser internado no SMI por admissão direta (geralmente através do serviço de urgência), transferido de outro serviço do mesmo hospital ou de um hospital diferente, conforme a rede de referenciação. Consideramos que a admissão de doentes no SMI é um momento de aprendizagem importante. Percebemos de uma forma mais globalizada a importância de uma abordagem multidisciplinar para assegurar o suporte das funções vitais.

Ao longo do ENP e na admissão de doentes procurámos proceder do seguinte modo:

- Confirmar a identificação do doente;
- Receber o doente e a respetiva informação dada pela equipa que o transportou até à unidade, pois é extremamente importante que estas informações iniciais sejam exatas e detalhadas;
- Verificar as perfusões em curso, diluições, data e hora de preparação;

- Providenciar as medidas de monitorização e terapêuticas adequadas garantindo uma estabilização hemodinâmica;
- Exame físico rigoroso, mas rápido, pois como refere Monahan [et al.] (2010, p.201), “o perfil do doente pode ficar para definir mais tarde (...) já que a estabilização hemodinâmica é sempre a prioridade dos cuidados”. As prioridades fisiológicas são determinadas pelo grau de ameaça à sobrevivência do doente, porém a observação física através da observação, palpação, auscultação sobre os sistemas músculo-esquelético, neurológico, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, renal, tegumentar e reprodutor, combinado com as informações previamente recebidas e dados de monitorização também ajudam a estabelecer prioridades no plano de cuidados (Ibidem).
- Obter informação acerca da família: qual a informação transmitida até ao momento à família; quem é o responsável/tutor legal do doente e se estão presentes no momento da admissão do doente.

A gestão do doente crítico difere da realidade profissional que exercemos atualmente num serviço de medicina interna, pois no SMI (...) o doente crítico encontra-se sempre em constante mudança, devido a um número de problemas complexos e interrelacionados, com uma frequente reorganização de prioridades, uma grande variedade de equipamentos e métodos para avaliar alterações no estado do doente e a limitação de tempo imposta pela situação do doente em constante mudança (Monahan [et al.], 2010, p.202).

De certo modo, o equilíbrio passou por compreender as necessidades do doente e priorizá-las no contexto. Devemos referir que ao longo do estágio o pensamento crítico-reflexivo pautou a nossa tomada de decisão de forma sistematizada, respeitando o doente/família na sua condição humana, direitos e valores, os meus valores pessoais e deontologia da profissão. Segundo o enquadramento conceptual dos padrões de Qualidade da OE (2001, p.12 e 13) “(...) atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem”.

A avaliação do doente crítico, bem como o plano de cuidados, é um processo contínuo em enfermagem, e como referem Baixinho, Sousa e Vieira (2021), orienta a modificação das intervenções necessárias e a otimização dos resultados esperados. Só assim os ganhos em saúde são aprimorados e fortalecidos, quando as intervenções são

baseadas em evidência, e envolvem o doente e a sua família. É necessário realizar avaliações contínuas do risco ou de respostas adversas ao plano de cuidados.

A suspensão de medidas terapêuticas no SMI, é tomada pelo menos por dois médicos seniores, ou, sempre que possível, numa reunião médica em que a decisão seja consensual. Após decisão de suspensão os profissionais de saúde mantêm a responsabilidade de oferecer as medidas de conforto apropriadas à situação do doente, nomeadamente no que respeita ao controlo da dor e da dispneia. A decisão de suspensão terapêutica encontra-se protocolada, e deverá ser ponderada sempre que se observem as seguintes situações:

- O estado fisiológico se estabilizou ou deteriorou e não há perspetiva de que novas intervenções vão influenciar no prognóstico;
- A morte é eminente, mesmo com terapia intensiva;
- Doente admitido no SMI com prognóstico duvidoso, e não se verifica qualquer melhoria ou há mesmo agravamento após 48 a 72 horas de tratamento otimizado.

Em caso de dúvidas, pode ser pedido um parecer à comissão de ética do hospital.

A decisão sobre a alta processa-se prioritariamente no momento de visita geral e deve reunir um amplo consenso multidisciplinar, no qual o EE participa ativamente no SMI. Por regra o doente reúne condições para ser transferido para outros serviços quando apresenta estabilidade das funções vitais, nomeadamente ventilatória e hemodinâmica. Outro dos critérios é, se o estado fisiológico se deteriorou ou estabilizou e não há perspetivas de novas intervenções, ou os cuidados requeridos podem ser prestados noutro local. Sempre que possível as altas dos doentes no SMI são previstas e programadas com antecedência.

Na transferência de serviço o doente é acompanhado pelo enfermeiro, o qual irá dar resposta à transmissão de cuidados de forma presencial. Hervé, Zucatti e Lima (2020), afirmam que a transição de cuidados é um momento vulnerável à perda de informação (...), principalmente quando se passa de um ambiente rico em monitorizações, como as UCI, para um menos diferenciado nesses recursos. Os autores reforçam que estes eventos podem ser um dos motivos para readmissões e até óbitos.

➔ DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS

No que concerne aos registos de enfermagem, estes são fundamentais, dão-nos visibilidade de modo que haja evidência para sustentar as nossas decisões. Desde há algum tempo que no SMI, efetuam-se através do aplicativo informático “BICU” da B-Simple ®.

No século XIX, Florence Nightingale afirmava que os registos de enfermagem eram importantes para assegurar a continuidade de cuidados (Pereira, Nascimento e Gomes, 2012).

Segundo Nunes, Amaral e Gonçalves (2005, p.107) no artigo 83.º, do Direito ao cuidado, do Código Deontológico dos Enfermeiros, o enfermeiro assume o dever de “(...) assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas”.

O *International Council of Nursing* (2009) concebeu a introdução de uma linguagem classificada para a implementação dos registos no processo de enfermagem, designada CIPE, que contribuiu para uma documentação de cuidados mais segura e com qualidade.

Em 2017, a DGS refere que a nível internacional cerca de 70% dos eventos adversos relacionam-se com falhas de comunicação entre profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados. Assim sendo, uma das formas de garantir a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da comunicação. Concordamos com Tareco (2015), quando afirma que a qualidade dos cuidados prestados é refletida na qualidade dos registos de enfermagem efetuados.

Donabedian (1992), sugere que os registos de enfermagem devem ser comparados com os registos médicos, no sentido de obter informações mais fidedignas sobre os fatos, avaliando também, a coerência entre a história clínica e a assistência prestada. Esta foi uma das linhas orientadores que tivemos em consideração ao longo do ENP.

Por outro lado, durante o ENP tivemos a oportunidade de prescrever e modificar intervenções de enfermagem no plano de cuidados, numa visão clínica de enfermagem avançada e consistente, baseada em problemas reais ou potenciais do doente crítico e em informações registadas em avaliação inicial.

Segundo a OE (2010, p.6), o EE “(...) incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática e avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado”.

Deste modo, e tendo por base as competências do domínio da melhoria da qualidade inerentes ao EE, e a necessidade de percebermos como é que os registos de enfermagem podem interferir na qualidade da intervenção especializada, detetei que, apesar de ser inerente aos enfermeiros que trabalham no SMI, cuidar do doente e respetiva família, estes profissionais de saúde não documentavam no processo de enfermagem, quer em língua classificada, quer em notas livres, os cuidados à família. Riley (2004) afirma que os cuidados de enfermagem são evidenciados pelo seu registo e documentação profícuos e permitem a comunicação efetiva da condição e evolução clínica do cliente e sua família, bem como a rentabilização de tempo pela equipa multidisciplinar.

Assim sendo, após análise no *Browser* da CIPE disponível no site da OE elaboramos um conjunto de intervenções de enfermagem associados ao foco diagnóstico de família e propusemos à enfermeira gestora e enfermeiras tutoras para análise e aprovação, com o objetivo de futuramente ser parametrizado no aplicativo informático “BICU” da B-Simple ® (Apêndice A).

É certo que os catálogos não substituem o juízo clínico do enfermeiro. Estes podem usar o catálogo como instrumento de referência para a documentação de cuidados e para a reflexão acerca da sua prática. O juízo clínico e a tomada de decisão são fatores essenciais para os cuidados individualizados ao doente e respetiva família, e não podem ser substituídos por nenhum instrumento (OE, 2015).

Ao longo do estágio, conseguimos explorar de forma progressiva e crítica o aplicativo informático. Apesar de permitir aos enfermeiros elaborarem uma avaliação inicial muito detalhada, existem ainda muitos focos de enfermagem inativos, importantes, um deles acima referido, e outros com informação não atualizada (e.g. nova classificação das UPP), diminuindo o rigor do processo de enfermagem e, conseqüentemente, a não monitorização real dos ganhos ou perdas em saúde. Acreditamos que o futuro é a personalização do SMI no âmbito da parametrização individual consoante as necessidades atuais, pois “a intervenção da enfermagem especializada revela-se através do registo fidedigno, mas também pela responsabilidade que possui em colaborar na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade, e efetuar a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional” (OE, 2010, p.6).

→ MONITORIZAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO E GESTÃO DE PROTOCOLOS COMPLEXOS

Os equipamentos médicos e dispositivos de monitorização são ferramentas importantes no planeamento de cuidados. O SMI, dispõe de equipamento para monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, monitorização eletrocardiográfica, pressões arteriais invasivas e não invasivas, monitorização de capnografia, monitorização de valores de *Bi-Spectral Index Score*, *Somatic Oxymeter* e monitorização de valor de Pressão IntraCraneana. O monitor encontra-se ligado em rede com a aplicação informática de registos clínicos.

As tecnologias de monitorização devem ser precedidas de uma análise criteriosa do seu custo-benefício. Para Ponce (2015), devem ser considerados os aspetos:

- Qual o conjunto de situações em que pode ser utilizada?
- Que acuidade diagnóstica.
- Impacto terapêutico: os resultados das aplicações tecnológicas interferem nas decisões terapêuticas?

Estes equipamentos ajudam a avaliar, diagnosticar, executar e modificar o plano de cuidados, tanto historicamente como em tempo real. Estas tecnologias em saúde apoiam o pensamento crítico, fundamental para o juízo clínico, e a avaliação da resposta da pessoa com doença aguda ao plano de cuidados (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021).

A ocorrência de hipotensão grave nos doentes com instabilidade hemodinâmica, exigiu-nos igualmente, o desenvolvimento na capacidade de gerir as doses de aminas, aumentando ou diminuindo o débito de perfusão sempre que a situação o justificasse, assim como o seu desmame. Um doente com hipotensão grave necessita de um suporte de aminas (a mais utilizada no SMI é a noradrenalina) mais elevado.

Na generalidade dos doentes a gestão das aminas vasoativas é feito tendo como objetivo um valor alvo de pressão arterial média. Por sua vez, nos doentes neurocríticos, com colocação de cateter de pressão intracraniana, a gestão das aminas vasoativas é feita tendo como alvo a pressão de perfusão cerebral. Ao longo do ENP foram muitas as oportunidades de aprendizagem relativas à gestão de animas, tendo por base os dados de monitorização.

Como futuro EE é nos exigido não só um domínio dos procedimentos técnicos, mas sobretudo a capacidade de interpretar e adaptar os conhecimentos à especificidade e singularidade de cada doente com uma patologia específica. Importa que o enfermeiro assuma a responsabilidade da interpretação dos dados, e que após esta, atue e decida

baseado em pilares do saber, recentes e cientificamente validados. Mais do que intervir mecanicamente é importante estar desperto para a prevenção de acontecimentos adversos, muitas das vezes silenciosos, estando a sua deteção apenas ao alcance de quem tem experiência na prestação de cuidados a estes doentes críticos.

Não foi de todo um processo fácil gerir toda a informação que a monitorização invasiva e não invasiva produzia, pois toda a informação, quer em dados numéricos, ou em forma de onda, indicava em tempo real o estado hemodinâmico do doente, e proporcionava informações essenciais sobre o prognóstico médico e influenciava a tomada de decisão do enfermeiro. Ao longo do ENP trabalhámos diariamente estes dados, efetuando uma interligação entre diagnóstico médico, farmacologia e dados clínico-laboratoriais, de forma a obter uma monitorização mensurável e objetiva quer da resposta fisiológica do doente, quer da resposta ao tratamento. Procurámos ser ativos na busca do saber, quer pela discussão de casos clínicos com as enfermeiras tutoras e equipa médica, quer pela pesquisa bibliográfica, pois a existência de riscos na prática clínica pode ser minimizada e controlada, tendo por base a consciencialização de que os desafios atuais da monitorização invasiva e não invasiva não devem passar apenas por “aglomerar” um conjunto de dados relativos ao doente, mas sim por estratégia preventiva que aposta na cultura de segurança, baseada em pilares de confiança, profissionalismo, formação e motivação.

➔ SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS

A segurança do doente é um dos vetores da qualidade e assume uma dimensão chave. A segurança define-se segundo (Paiva [et al.] 2017, p.15), como a “ausência de erro clínico, por comissão (não intencionalmente fazer a coisa errada) ou por omissão (involuntariamente não fazer a coisa errada), isto é, otimizar a redução do risco e de potenciais riscos para o doente, ao mínimo aceitável”.

Não há assistência eficaz quando a segurança é comprometida. A qualidade assistencial pode ser definida como o “grau em que os serviços prestados a um indivíduo e/ou população aumenta a probabilidade de obtenção de resultados favoráveis em saúde e consistente com o conhecimento atual” (Paiva [et al.], 2017, p.15).

Em Medicina Intensiva, as questões relacionadas com a qualidade e segurança têm um impacto redobrado, não só pelo impacto social e económico, mas sobretudo pelo “impacto que qualidade acarreta no estado de saúde do doente crítico: doentes mais vulneráveis, dependência de suporte vital orgânico, margem terapêutica estreita, acessibilidade limitada (...)” (Paiva [et al.], 2017, p.15).

“Qualidade em saúde requer uma prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo” (Ministério da Saúde, 2015, p.13551), considerando os recursos disponíveis. Desta forma é importante aferir o papel do EE na promoção da qualidade dos cuidados.

É certo que os SMI dispõem de sistemas de monitorização avançados, monitorização invasiva e não invasiva, que permitem avaliar e medir, de forma contínua ou periódica e planificada, aspetos relevantes do estado de saúde do doente, mediante o uso de indicadores de qualidade, como referimos no ponto anterior. Estes indicadores de qualidade são, segundo Paiva [et al.] (2017), instrumentos de medida que identificam a presença de um fenómeno ou sucesso, bem como a sua intensidade. Devem ser fiáveis, objetivos, aceites, relevantes e baseados em evidência. A monitorização consiste na identificação de problemas ou situações de melhoria potencial ou desvios da prática normalizada.

O SMI faz uma avaliação diária da qualidade, através do registo de escalas de gravidade dos doentes internados através da *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II), registo da carga de trabalho através da escala *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), cálculo do tempo médio de internamento, tempo médio de ventilação invasiva e taxas de reintubações até às 48h, incidência de infeções nosocomiais, avaliação dos custos e incidência de complicações iatrogénicas, bem como a taxa de mortalidade do serviço.

O EE, no domínio da melhoria contínua da qualidade, e enquanto elemento diferenciado da equipa de saúde, deve assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve a avaliação de práticas e, em função dos seus resultados, a implementação de programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, gerindo o risco (Regulamento das Competências Comuns do EE nº140/2019).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) consistem numa realidade que não pode ser negada, representando um problema que necessita de particular atenção por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente na pessoa em situação crítica. À medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção (OE, Regulamento nº140/2019).

O EE em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem da PSC apresenta um papel preponderante a este nível, sendo uma das suas competências (...) “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (Regulamento nº 429/2018, p.19359). Deste modo, ao longo do estágio o controlo de infeção foi um componente essencial na nossa prestação de cuidados ao doente crítico.

Concordamos com Machado (2019) quando afirma que (...) se por um lado se prolonga a sobrevida dos doentes, por outro, verifica-se que os mesmos se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir no local onde decorrem os cuidados de saúde, devido a procedimentos invasivos (e.g.).

Em 2017, segundo a *European Centre for Disease Prevention and Control*, 8,3% dos doentes que permaneceram internados numa UCI por mais dois dias, desenvolveram infeções da corrente sanguínea, do trato urinário e trato respiratório. Cerca de 6% apresentavam pneumonia, dos quais 98% dos casos pneumonia associada à intubação endotraqueal; 4% apresentavam infeção da corrente sanguínea, sendo que 37% dos casos estavam associadas ao uso de cateter venoso central (CVC); 2% dos doentes apresentavam infeções urinárias dos quais 98% dos casos relacionados com a presença de cateter urinário.

Miranda e Estrada (2015, p.363) afirmam que 20% de todas as infeções nosocomiais são adquiridas em UCI. As principais infeções nosocomiais em UCI são: as pneumonias relacionadas com a ventilação mecânica, as infeções da corrente sanguínea associadas a CVC e as infeções intra-abdominais e do local cirúrgico. Menos relevantes, mas importantes, são as infeções do trato urinário associado à algaliação.

Cunha e Coelho (2020) afirmam que a infeção e a resistência dos microorganismos aos antimicrobianos são problemas atuais e interdependentes. Estudos nacionais e internacionais, definem as UCI como os serviços de maior risco para os doentes adquirirem entidade nosológica.

No SMI os critérios para rastreio de microorganismos multirresistentes e rastreio covid-19 encontram-se bem definidos, sendo um ponto chave para critérios de diagnóstico objetivos e claros.

Segundo o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (2019, p.36) e considerando o último período com avaliação concluída, 2017-2018, verificou-se “a diminuição da incidência da pneumonia associada ao tubo endotraqueal (por mil dias de exposição ao tubo) em 0,5% e a subida

da incidência de bacteriemia associada ao CVC (por mil dias de exposição ao cateter) em 0.1%”. Relativamente às auditorias da qualidade dos processos, e das estruturas para o cumprimento das Precauções Básicas em Controlo de Infecção nas UCI, verificou-se um aumento de 7.1% para 8.4%.

Segundo o PNSD 2021-2026, uma das metas para 2026 passa por reduzir em, pelo menos, 30% a incidência da infeção urinária associada a cateter vesical; da infeção associada ao CVC, da pneumonia associada à ventilação, bem como, da infeção do local cirúrgico.

No SMI as estratégias de intervenção autónomas e interdependentes para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) incluem a elevação da cabeça, administração de antibióticos profiláticos, limitação da duração da ventilação mecânica e interrupção da sedação, verificação regular da pressão do balão do tubo endotraqueal (entre 20 a 30cmH₂O) e substituição dos filtros ventilatórios. Por outro lado, a higiene oral é ainda considerada uma intervenção essencial, sendo que (...) quando realizada de forma padronizada, pode reduzir significativamente a taxa de infeções do trato respiratório devido à colonização microbiana (Chacko [et al.], 2017).

Pinto [et al.] (2021), realizaram uma revisão sistemática da literatura e meta-análise com o objetivo de analisar qual a eficiência de uso de protocolos de saúde bucal, ou seja, remoção mecânica do biofilme associados ao uso de clorexidina, quando comparados com protocolos que somente usam clorexidina como por exemplo no SMI onde estagiamos. Num total de 89 artigos, foram selecionados 6 estudos. Os resultados permitiram concluir que a remoção mecânica do biofilme associado ao uso de clorexidina foram mais efetivos na redução da PAVM, pois (...) “a remoção mecânica aumenta a eficácia dos efeitos da clorexidina nas bactérias remanescentes ou diminuir o crescimento bacteriano” (Vidal [et al.], 2017, p.2). Desta forma, esta realidade de cuidados será o futuro no SMI, sendo implementado em breve um kit de escova e pasta para cada doente.

A utilização da solução de clorexidina oral a 0,2% é aplicada aos doentes do SMI, pelo menos quatro vezes por dia. Ozçaka [et al.] (2012) vem reforçar no seu estudo randomizado que este tipo de intervenção mostrou uma redução significativa nos índices de PAVM, comparativamente aos doentes do grupo controle.

A solução de clorexidina utilizada no SMI é aquosa, porém Tang [et al.] (2017) demonstrou no seu estudo que a clorexidina em gel possui maior desempenho, necessita de menos tempo de uso e pode auxiliar na redução dos custos hospitalares, quando comparada com a solução aquosa.

Quando comparamos a eficácia da solução utilizada com a escovagem mecânica, Vidal [et al.] (2017) demonstrou que a incidência da PAVM era menor quando utilizada a solução de gel e remoção mecânica do biofilme, pois com a solução em gel era possível ter maior controlo na aplicação e execução do procedimento.

A interrupção diária da sedação tem impacto positivo na redução da PAVM e compõe uma das intervenções emanadas na norma nº021/2015 da DGS, atualizada a 30/05/2017. Neste sentido, o EE faz a diferença neste âmbito e Bugedo [et al.] (2013) vem reforçar no seu estudo internacional que a proporção de doentes com sedação profunda diminuiu de 55,2% para 44%, após a implementação de protocolos de sedação e analgesia orientados por enfermeiros.

Em fevereiro de 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências a Antimicrobianos (PPCIRA), com carácter de programa prioritário de saúde, o qual tem vindo a liderar a estratégia de combate a estes problemas de saúde pública (Despacho n.º 3844-A/2016).

O SMI dispõe de um grupo de elementos dinamizadores de controlo de infeção associada ao Grupo coordenador local – PPCIRA do Hospital, constituído por médicos e EE(s), sendo uma das enfermeiras tutoras elemento integrativo, o que nos possibilitou crescer com referenciais de qualidade.

Na prática clínica este grupo de dinamizadores discute e reavalia os objetivos e estratégias dos planos terapêuticos. Por outro lado, verificamos que a sensibilização diária aos profissionais de saúde do SMI para problemas de prevenção e controlo de infeção, e para problemas da resistências aos antimicrobianos, era uma preocupação comum entre médicos e enfermeiros, nomeadamente o cumprimento dos feixes de intervenção enunciados pela DGS no que diz respeito à intubação endotraqueal, CVC, cateter vesical e prevenção da infeção do local cirúrgico. Estes procedimentos são monitorizados sistematicamente através do preenchimento de *checklists* que o SMI dispõe e que tivemos a oportunidade de preencher e monitorizar sob supervisão clínica.

Outras preocupações comuns do SMI e que tivemos em atenção, no que diz respeito ao controlo de infeção são as práticas seguras na preparação e administração de fármacos, o manuseamento seguro da roupa e a recolha segura de resíduos, sendo a triagem dos mesmos, um ponto forte de atenção no decorrer do estágio.

O SMI dispõe de equipamento de proteção individual adequado e vários pontos de lavagens das mãos. As unidades dos doentes encontram-se devidamente equipadas com material de proteção individual, evitando deslocações desnecessárias dos profissionais para fora da unidade. Existe solução antisséptica de base alcoólica em

diversos locais, incluindo mais do que um em cada unidade do doente, promovendo assim os “5 momentos para higiene das mãos” (Norma nº007/2019 da DGS).

Para Santos [et al.] (2020), o uso de equipamento de proteção individual é a maior segurança adquirida contra o risco de exposição e contaminação.

Os cuidados de higiene do doente de nível III são realizados com toalhetes impregnados com clorexidina a 2%, ao contrário dos doentes nível II em que é aplicado toalhetes de sabão impregnado. O uso destes toalhetes no doente nível III é justificável pelo facto de os doentes se encontrarem sujeitos a muitos dispositivos médicos, e com disfunções de órgãos muitas das vezes.

O gluconato de clorexidina é um agente antisséptico com amplo espectro de atividade contra muitos organismos, incluindo *Staphylococcus aureus* e espécies de *enterococcus*. Por sua vez, e ao contrário de outros antissépticos, a clorexidina tem atividade antibacteriana residual, diminuindo a carga microbiana na pele dos doentes e previne a contaminação ambiental secundária (Climo [et al.], 2013).

Ao longo do percurso pelo SMI, e dado que a exigência de cuidados do doente crítico implica a segurança dos procedimentos de enfermagem, expressámos uma atenção indispensável ao controlo de infeção. É certo, que os contextos que vivenciámos em estágio diferem dos contextos que vivenciamos durante a nossa atividade laboral num serviço de medicina Interna. É certo que as orientações para a prevenção das IACS são transversais a qualquer serviço ou hospital, porém a tipologia de doentes é diferente (expostos a diversos procedimentos e/ou dispositivos invasivos), e os profissionais de saúde são diferentes, pelo que a gestão de competências é cada vez mais um requisito para a afirmação dos padrões de qualidade profissional pelos quais nos pautamos.

Por outro lado, colaborando ativamente com as enfermeiras tutoras e equipa médica, em diversos procedimentos invasivos, aperfeiçoamos competências de prevenção, sendo pró-ativos em todo o processo.

➔ DOR NO DOENTE CRÍTICO:

A dor constitui um “desafio contínuo a nível dos cuidados de saúde, sendo a sua intervenção/gestão um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde” (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021, p.161). Atualmente no SMI a deteção, quantificação e tratamento da dor no doente crítico é uma preocupação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Segundo Ferreira [et al.] (2014), a dor é frequente em doentes críticos, independentemente do seu critério de admissão. É definida como uma

experiência subjetiva de sofrimento, com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa. Inerente a isto, é da competência do EE em enfermagem na PSC fazer “(...) a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

A manifestação da dor está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento, e/ou com vários procedimentos invasivos e não invasivos ao qual o doente crítico está sujeito (Teixeira e Durão, 2016).

Considerada como o 5º sinal vital, a dor tem uma expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados no SMI onde estagiamos. Constituiu-se uma norma de boa prática que a presença da dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas.

O uso de escalas ao longo do estágio permitiu-nos identificar a intensidade da dor no doente crítico e direccionar intervenções diferenciadas, de natureza autónoma ou interdependente, e avaliar posteriormente a sua eficácia.

Teixeira e Durão (2016), na sua revisão integrativa da literatura pretendiam saber quais as escalas de monitorização da dor a utilizar, e os indicadores de dor a ter em consideração para promover a gestão da dor na PSC. Num total de 7 artigos, descrevem que os resultados obtidos apontam que a escala *Behavioral Pain Score (BPS)*, é uma entre as três escalas mais adequadas para avaliar a dor no doente crítico, num SMI. Não obstante nem todos os doentes impossibilitados de comunicar estão ventilados e a BPS só pode ser utilizada em doente nessa situação.

A implementação de escalas de dor melhoram os *outcomes* clínicos, incluindo menor recurso a agentes analgésicos e sedativos, bem como menor duração da ventilação mecânica e duração do internamento (Ferreira [et al.], 2014).

É importante desenvolver evidência relativa à eficácia/efetividade das intervenções não farmacológicas da dor, que possa suportar a sua implementação, em simultâneo com a analgesia, de forma potenciar o efeito preventivo e curativo, com menores doses de fármacos e consequentemente, menos efeitos secundários e custos económicos (Teixeira e Durão, 2016).

A autoavaliação do doente é considerada o *gold-standart* da avaliação dolorosa, sendo as escalas, visual analógica e numérica da dor as mais fiáveis e válidas para doentes conscientes e colaboradores. Quando esta autoavaliação da dor é impossível, quer por motivo de ventilação mecânica, agentes neuromusculares e hipnóticos é utilizada a BPS, como já acima referido (Ferreira [et al.], 2014).

É certo, e concordamos com Baixinho, Sousa e Vieira (2021, p.166) quando afirmam que em cuidados críticos, “a ventilação não deve ser uma barreira para os enfermeiros documentarem auto-relatos de dor, pois um simples acenar da cabeça ou o apontar do dedo para números ou símbolos, ou até a escrita, podem servir como descritores da dor”. No SMI e ao longo do estágio tivemos o cuidado de conceder o tempo suficiente para os doentes responderem às questões ou até incluir um membro da família, sempre que possível, para avaliar indicadores de comportamento do doente, uma vez que este está certamente familiarizado com as respostas do doente à dor.

Para Ferreira [et al.] (2014), devem ser considerados critérios subjetivos de dor, como a expressão facial do doente, movimento no leito, adaptação ventilatória, parâmetros fisiológicos como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, hipersudorese ou até lacrimejo. É certo que os sinais vitais, por si só, não estão indicados na avaliação da dor, porém estes constituem um sinal de alerta para que sejam aplicadas escalas de monitorização e direcionada terapêutica mediante o resultado.

Não existem doentes iguais, nem dias iguais, e como refere Ferreira [et al.] (2014), a prevenção da dor é mais eficaz que o tratamento da dor estabelecida, pelo que devem ser concebidos planos terapêuticos, adaptados ao doente, com objetivos definidos no tempo. A adaptação aos contextos é um fator que nos distingue enquanto EE de outras profissões em saúde, pois a prática por simples repetição é diferente da prática cientificamente fundamentada.

Ao longo do ENP tínhamos o cuidado de avaliar a dor antes, durante e após procedimentos dolorosos tais como, aspiração de secreções, mobilizações no leito, tratamento de feridas, manipulação de drenos, entre outros. Por outro lado, a monitorização da dor junto do doente e o uso das estratégias não farmacológicas de controlo de dor, demonstraram-nos uma nova sensibilidade no controlo farmacológico e não farmacológico da dor no doente crítico.

A escolha do fármaco para controlo da dor e a respetiva dosagem recai sobre a farmacocinética e farmacodinâmica no doente em causa. Por norma, doentes ventilados encontram-se sedo-analgesiados, sendo o fentanil o opioide de eleição no SMI para tratamento da dor nociceptiva. Mas, o mais importante é a reavaliação frequente do doente, de forma a ajustar uma terapêutica *goal-directed* (Ferreira [et al.], 2014).

Intervenções não farmacológicas como a terapia musical é muito usual no SMI, e podem ser poupadoras de opióides, sendo, além do mais, baratas e fáceis de implementar (Ferreira [et al.], 2014). Sempre que aplicávamos a terapia musical ao

longo do estágio, tínhamos o cuidado de a registar no processo de enfermagem, associando uma nota descritiva à escala de avaliação da dor.

➔ SEDAÇÃO E DELIRIUM

A sedação é uma realidade numa UCI, sendo que 90% dos doentes ventilados mecanicamente e de forma invasiva, necessitam de sedação (Taran [et al.], 2019).

Para Estilita (2015, p.64), a sedação consiste no “alívio da ansiedade/agitação, através da modulação de sinais do sistema nervoso central”. O objetivo da sedação difere de doente para doente, sendo que é diretamente proporcional ao processo agudo do doente crítico. Preconiza-se atualmente, níveis de sedação ligeiros, pois estes influenciam diretamente o tempo de permanência num SMI, isto é, elevados níveis de sedação, implicam mais dias de internamento (Ibidem).

Arroyo-Novoa, Figueroa-Ramos e Puntillo, (2019), no seu estudo que envolvia quatro UCI, avaliaram e analisaram práticas de controlo da dor, delirium e agitação. Em ambiente de UCI, a ocorrência da dor varia entre 33 a 51%, agitação entre 55 a 59%, sedação desadequada entre 41 a 57% e delirium entre 27 a 64%. Desta forma, os autores concluíram que existe um desajuste entre as práticas clínicas e as diretrizes atuais de boas práticas.

O objetivo da sedação não é dissociável dos objetivos da analgesia e da abolição do delirium. A sedação é um processo dinâmico determinado pela condição do doente em cada momento (Estilita, 2015). Taran [et al.] (2019), acrescenta que para uma sedação ajustada, estão envolvidos vários fatores. Desta forma, o uso de protocolos de sedação com o objetivo de manter o doente confortável, diminuiu os custos em saúde e obtêm-se ganhos em saúde.

O Regulamento nº 429/2018, p.19363, reforça que o EE (...) “garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”, detendo competências para um ambiente terapêutico seguro. Para a gestão diferenciada destes protocolos é necessário a utilização de instrumentos validados (...) (Taran [et al.], 2019).

O SMI utiliza a escala *Richmond agitation-sedation scale* (RASS), e segundo Estilita (2015, p.65) é (...) “a escala mais válida e fiável para a avaliação da sedação em doentes críticos (...)”. Esta escala é aplicada diariamente pela equipa de enfermagem e médica, pelo menos uma vez turno. Estruturada em 10 níveis, desde (+4) a (-5), sendo que os níveis positivos referem-se à agitação, e os níveis negativos à sedação. O nível zero diz respeito a um estado de alerta e calma.

Qi [et al.] (2020), reitera que a utilização da escala RASS permite ajustar a sedação do doente aos protocolos da UCI, evitando sedação excessiva ou insuficiente, contribuindo para a qualidade dos cuidados e segurança do doente.

Estilita (2015), sugere uma estratégia de sedação usando sedativos não benzodiazepínicos (propofol e dexmedetomidina), ao invés do midazolam, pois esta estratégia melhora os *outcomes* do doente crítico, minimizando por exemplo o risco de delirium. O SMI vai de encontro as *guidelines* internacionais (Devlin [et al.], 2018), usando preferencialmente os sedativos propofol e dexmedetomidina. Não obstante, ao longo do estágio observámos doentes sedados com midazolam, pelo que muitas das vezes a experiência clínica do médico assistente influencia positivamente ou negativamente, parte integrante do plano de recuperação e manutenção do estado clínico do doente crítico.

Shehabi [et al.] (2019), acrescenta que o uso de dexmedetomidina tem efeitos positivos no doente, desde redução do tempo de sedação, redução da prevalência de agitação e delirium, bem como diminuição da mortalidade. Inerente ao uso do fármaco, existem efeitos adversos, como a hipotensão e bradicardia, porém reversíveis em tempo útil.

O delirium é definido como “uma alteração aguda da consciência e da função cognitiva, podendo ocorrer em 80% dos doentes ventilados. Associa-se a uma flutuação do estado mental, com inatenção, alteração estado de consciência ou pensamento desorganizado” (Estilita, 2015, p.66).

Ali e Cascella em 2020, afirmam que a taxa de prevalência e incidência do delirium numa UCI é de 60% em doentes que se encontram em respiração espontânea e de 80% em doentes sob ventilação mecânica.

Numa UCI, o delirium associa-se normalmente a um estado flutuante entre hiperatividade e perfil alucinogénico. O delirium é induzido pela patologia do doente e potenciado por iatrogenia (uso de sedativos ou opióides) e até questões ambientais, como por exemplo imobilização prolongada, presença de ruído e luz, etc (Estilita, 2015). A autora reforça que quando o delirium não é tratado, o índice de mortalidade, tempo de internamento, incidência de infeção, bem como o índice de disfunção cognitiva, aumentam.

No SMI, é utilizada uma vez por turno pela equipa clínica, a escala validada para a população portuguesa *confusion assessment method for the Intensive Care Unit*, uma escala de avaliação faseada, mas rápida de aplicar que orienta o profissional de saúde para a prevenção do delirium, coadjuvado muitas vezes à sobressedação, sendo um guia de orientação para o EE, dado que é função do EE na PSC “(...) implementar

respostas de enfermagem apropriadas às complicações” e “diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos (...)” (Regulamento nº429/2018, p.19363).

Ao longo do ENP tivemos a oportunidade de preencher as escalas anteriormente mencionadas, e após análise crítica das mesmas, definir estratégias com a equipa médica para a prevenção do delirium. Não obstante, também observamos práticas não adequadas neste âmbito, nomeadamente a suspensão imediata de sedativos em doses altas por indicação médica, aumentando o risco de delirium e complicações. Observamos doentes com hipersudorese intensa, aumentando o risco de infeção devido a manipulação excessiva dos pensos dos dispositivos médicos, doentes com desajuste ventilatório devido à agitação psicomotora e muito importante ainda, observamos fatores de stress nos familiares, durante a visita.

De forma a minimizar situações acima referidas, constatamos que as estratégias de prevenção que o EE implementa baseiam-se essencialmente no processo comunicacional. A comunicação é a base para o equilíbrio dos processos internos.

➔ USO SEGURO DO MEDICAMENTO

Sendo a preparação e administração de medicação uma das áreas de cuidados de enfermagem com intervenção autónoma, o EE na vertente da PSC “garante a administração de protocolos terapêuticos complexos e (...) diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento nº 429/2018, p.19363). Para Baixinho, Sousa e Vieira (2021), na abordagem segura do medicamento, pelas implicações de segurança do doente e dos profissionais, é premente desenvolver e aplicar ferramentas de gestão do risco e de melhoria da qualidade, que permitam ao enfermeiro observar e analisar a sua intervenção. O enfermeiro deve associar uma visão retrospectiva da capacidade de imputação pelo ato realizado e as suas consequências, e também o sentido projetivo, isto é, na antecipação de complicações, protegendo a pessoa e garantindo a excelência do cuidado (Nunes, 2006). Concordamos com Nunes (2006), quando afirma que a capacidade de responder ao compromisso profissional está relacionada com a capacidade do enfermeiro que age, quer em termos operativos (de saber-fazer), quer em termos de conceção e de visão (prever) que governa a operação.

No SMI, no início de cada turno, o enfermeiro responsável pelo doente valida a medicação em perfusão, registando o valor do débito. Simultaneamente verifica todo o equipamento em utilização na unidade do doente. A terapêutica endovenosa é

preparada em tabuleiros individualizados e devidamente identificados com o nome do doente e nº da cama. É habitualmente utilizado um tabuleiro para a medicação endovenosa e outro para a medicação oral.

Toda a medicação é identificada com o nome (genérico), via de administração, dosagem, nome do doente e processo clínico. A terapêutica endovenosa em perfusão é identificada com o medicamento, dose, diluição, data e hora de diluição e assinado por quem preparou. De forma a minimizar eventos adversos, é utilizada a dupla reficação independente. Compete ao enfermeiro responsável pelo doente, a preparação e administração da medicação.

Para Baixinho, Sousa e Vieira (2021, p. 246) não “existe consenso na literatura relativo ao número de “certos” a adotar na preparação e administração de terapêutica”. Para além dos “5 certos” conhecidos internacionalmente, propõe-se mais “4 certos” que tivemos por base ao longo do ENP, ou seja, a “preparação certa”, o “conhecimento certo”, o “registo certo” e a “educação certa”. Qualquer reação adversa ou qualquer circunstância que colocou a segurança do doente em risco é notificada na plataforma interna do Hospital HER+, pautando-se por um carácter educativo na procura da aprendizagem com o erro e não numa perspetiva punitiva para o profissional. Por outro lado, os enfermeiros no SMI tem o cuidado de notificar o INFARMED, sempre que existir uma suspeita ou reação adversas de medicamentos.

É essencial que na administração segura da medicação, o enfermeiro conheça o perfil do medicamento, as incompatibilidades e interações e os efeitos secundários, realizando uma vigilância e monitorização de sinais e sintomas após a administração de medicamentos (Ramos, 2018).

Desta feita, num SMI é imperativo individualizar cuidados, práticas, planejar os cuidados e monitorizar os resultados. Porém num ambiente de elevada complexidade, imprevisibilidade que é característico de um SMI, os desafios são múltiplos e diversificados, sendo que para além de protocolos internos, o enfermeiro seja capaz de desenvolver e aplicar competências técnicas e científicas, visando a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021).

Como futuro EE, tenho a referir que a “bagagem” de conhecimento em farmacologia após o ENP encontra-se muito mais preenchida. É importante ressaltar a satisfação pessoal e profissional que o SMI me conferiu neste âmbito, promovendo um crescimento a nível comportamental, nomeadamente na vigilância e monitorização do doente após a administração de fármacos, bem como a importância da comunicação na redução de eventos sentinela.

→ COMUNICAÇÃO COM O DOENTE E FAMÍLIA

Comunicar significa “pôr em comum”, “entrar em relação com”. Em termos gerais, podemos definir a comunicação como um processo dinâmico, complexo e permanente que integra diversas variáveis. Trata-se de um evento recíproco e não unilateral, sendo enfatizado pelas expressões “troca”, “partilha”, “relação”, “entrar em relação”, utilizados por diferentes autores para a definir (Sequeira, 2016).

Segundo a CIPE, a comunicação define-se como comportamento interativo: dar ou receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados (OE, 2016).

Para que a comunicação seja adequada e atinja o verdadeiro fim a que se destina, é fundamental que o enfermeiro adquira competências em comunicação, isto é, habilidades para entender e decidir sobre o cuidar de uma pessoa em determinada situação, e simultaneamente, pensar e agir em contextos de trabalho com características culturais, sociais e organizacionais próprias, o que evidentemente levará a uma melhoria das relações e êxito na comunicação de más notícias (Pereira, 2008).

A comunicação com os doentes no SMI é bastante limitada, pois normalmente os doentes encontram-se sedados, curarizados e ventilados artificialmente. Comunicar com o doente é mais do que explicar, significa estar ali com e por ele, dar-lhe atenção e interagir (Barlem *et al.*, 2008).

É da responsabilidade do EE na vertente da PSC gerir a “comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

Ao longo de todo o estágio deparámo-nos, na maioria dos casos, com doentes sedados e ventilados, com pouca ou nenhuma capacidade de comunicação, no entanto, através da observação que fizemos, constatamos que os enfermeiros de uma maneira geral comunicavam com os seus doentes, utilizando a linguagem não verbal através do toque, do olhar, etc, com a finalidade de lhes transmitir confiança. Foi neste sentido que progressivamente desenvolvemos competências de forma a conseguir comunicar eficazmente com o doente crítico. A nossa postura na abordagem destes doentes nesta área da comunicação é “normal”, ou seja, falámos com os doentes, explicámos os procedimentos a aplicar, questionámos sobre algo a conhecer ou saber, etc. Apesar de não obtermos uma resposta verbal, exige um nível de atenção e observação mais atento de forma a identificar as alterações fisiológicas que se poderão traduzir na resposta à nossa abordagem e aos cuidados que prestamos.

A capacidade comunicacional e relacional do enfermeiro será determinante para que este consiga, através da utilização de técnicas comunicacionais, ajudar a pessoa a integrar os comportamentos propostos no seu quotidiano. Quanto mais eficaz for esta capacidade relacional do enfermeiro, melhor será a percepção que as pessoas têm sobre a sua competência, para influenciar positivamente o seu processo de saúde/doença, o que, inevitavelmente, favorecerá a adoção por parte do indivíduo e sua família, dos comportamentos desejados, e consequentemente, a obtenção de ganhos em saúde (Cabral, 2010).

No sentido de orientar e obter resultados efetivos com a aplicação das intervenções de enfermagem em relação ao processo de transição, é necessário que o indivíduo e a sua família interiorizem e aceitem a sua nova situação, conduzindo-os a novas anticoncepções, potenciando assim, a sua qualidade de vida (Zagonel, 1999).

A comunicação de más notícias é uma das intervenções mais difíceis na área de saúde, e curiosamente uma tarefa para a qual os profissionais recebem pouca formação. Enquanto EE e com responsabilidades acrescidas, nomeadamente na componente comunicacional e na transmissão de informação, devemos ter uma profunda sensibilidade e profissionalismo no ato de comunicar com o indivíduo/família, ainda mais, quando transmitimos uma má notícia.

Segundo Leal (2003), a transmissão de más notícias é vista como uma grande dificuldade pela maioria dos profissionais de saúde, quer devido à complexidade dos aspetos emotivos que lhe estão associados, quer pela reduzida preparação dos profissionais nesta área.

Durante o estágio tivemos o cuidado de acompanhar as enfermeiras tutoras na transmissão de más notícias, aplicando o protocolo SPIKES. A técnica de comunicação, a postura e a perícia que ambas demonstraram, foi algo que nos cativou. Presenciar o sofrimento de um familiar perante uma situação crítica é uma violência psicológica abrupta. Oliveira (2011) acrescenta que UCI desencadeiam nas famílias fatores de stresse, dado o ambiente complexo e equipamento estranho, a natureza imprevisível do estado do doente, o receio de morte, os alarmes dos equipamentos médicos e a dificuldade em lidar com alterações visíveis no familiar.

Por outro lado, Ponce (2015 p.560) afirma que nas conversas com a família não devemos “ênfatisar a probabilidade exata de sobrevivência que prevemos com dificuldade, mas sim a probabilidade de recuperação para uma existência consciente, integrada e com um mínimo de significado social e familiar”.

A forma como se comunica uma má notícia é fundamental para a sua aceitação por parte do indivíduo/família. A má notícia está associada a um forte impacto psicológico, na medida em que quem recebe uma má notícia dificilmente esquece esse momento, quem a comunicou, onde e como ela foi comunicada (Almanza e Holland, 1999).

A abordagem da transmissão de más notícias pelo que podemos observar varia de profissional para profissional, da experiência ou até mesmo da formação. A transmissão de más notícias é uma tarefa extremamente difícil, nomeadamente para os enfermeiros, na medida em que requer em conjunto de conhecimentos e habilidades específicas e envolve uma elevada carga emocional. O ENP permitiu-nos trabalhar a postura, o tom de voz, as palavras, o olhar e a intensidade da comunicação. Comunicamos constantemente e de diversas formas para além das palavras.

Dizemos facilmente que cada pessoa é uma pessoa, que cada doente é diferente, mas, o que fazemos verdadeiramente de diferente em função de cada doente ou família? Na maioria das vezes parece-nos que colocamos o nosso modo de agir em “piloto automático”, ou seja, de forma igual ou quase igual para a maioria dos doentes e suas famílias. Atualmente os profissionais de saúde estão diferentes, estão sob um constante processo de sobrecarga física e emocional consequência de uma época marcada pela pandemia Covid-19. A comunicação com autenticidade deve ter um toque especial e pessoal de cada um, e sendo a comunicação uma competência inerente ao EE, preocupa-nos o modo como a comunicação é feita atualmente. No SMI é comum o médico e o enfermeiro telefonarem diariamente para a família, abordando aspetos de âmbito comum, porém numa sociedade onde o Regulamento Geral de Proteção de dados dita muito dos nossos atos, vemos que as questões legais associadas à nossa prática, neste âmbito ainda não estão bem definidas. Faltam protocolos, ou outras medidas, que garantam a proteção da nossa atividade e que simultaneamente garantam a privacidade do doente. É indispensável que os enfermeiros tenham conhecimento das verdadeiras necessidades sentidas pela família. Comunicar algo à família por telefone faz com que a informação não seja descodificada da forma mais correta. A transmissão de má notícias é um exemplo, pois é realizada, muitas vezes, por via telefónica, principalmente pela equipa médica.

Nos termos do artigo 106.º do Estatuto da OE, o enfermeiro obriga-se a guardar sigilo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, independentemente da fonte de informação, devendo partilhar apenas a informação pertinente e só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico.

O dever de guardar sigilo não é apenas ético, mas também legal. Todas as alíneas do artigo evocam a necessidade extrema de proteção da pessoa doente, de forma a garantir um circuito fechado de informação. É importante ter em conta o critério de utilidade e pertinência da informação recolhida, que deverá ser base de personalização de cuidados. O direito do utente à confidencialidade reforça a ideia de que o próprio deve decidir, sempre que possível, sobre aquilo que, da informação, pode ser partilhado. E quando o interessado não pode decidir, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja, bem-estar, segurança física, emocional e social, bem como os seus direitos (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

No entanto, com o retomar da permissão de visitas nos hospitais do SNS, a transmissão de informação e o cuidar da família a vivenciar processos de doença começa a aprimorar-se. Não fomos preparados para cuidar à distância, e o modo como temos as nossas competências comunicacionais formatadas, denotamos logo de início fragilidades que podem comprometer o processo comunicacional. Não é fácil imaginar os rostos, idades, expressões ou espaços do outro lado do telefone.

A comunicação é o veículo imprescindível para o estabelecimento de uma relação terapêutica, sendo o meio através do qual as pessoas informam, educam, confortam e influenciam o comportamento das outras, sendo crítica para o sucesso das intervenções em enfermagem e como uma *skill* que deve ser amplamente treinada (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021).

Como enfermeiros devemos ser conscientes da realidade multicultural em que nos encontramos inseridos, dado que as fronteiras hoje em dia são mais permeáveis à mobilidade das famílias. Numa sociedade em permanente mudança dos seus paradigmas, num contexto ideológico académico-científico em constante atualização, numa realidade social marcada pela multiculturalidade, devemos-nos questionar de que maneira a cultura pode influenciar os cuidados que prestamos. O doente como foco central é considerado como ser único e integral, com necessidades biológicas, psicológicas e sociais. É a pessoa que necessita de cuidados quem assume uma posição central, ativa e decisiva nos serviços de saúde, é quem está no centro dos cuidados. As diferenças que a diversidade cultural acarreta, mais do que as similitudes, podem limitar a prestação de cuidados.

A rotina dos serviços de saúde apresenta um cenário de atenção complexo e multipanorâmico que está diretamente relacionada com as competências e aptidões dos profissionais de saúde. Apesar de estarem ligados a outros conceitos como prevenção, diagnóstico, tratamento e a reabilitação devem estar invariavelmente focados na

fundamentação do cuidado cultural de forma a abranger valores, crenças e padrões de comportamento relacionados ao binômio saúde e doença.

É necessário ter conhecimentos sobre as diferentes culturas, porém não é necessário conhecer todas as tradições culturais. Deve-se perceber que a percepção de doença, as causas inerentes a esta, as atitudes face a ela, tratamentos e cuidados estão interligados culturalmente, ou seja, integrados num contexto social e cultural que determina a forma de perceber o mundo. Se vivemos numa sociedade multicultural, devemos saber quais as concepções de vida ou de morte para essas pessoas, ajustando os cuidados às suas realidades. Quando os cuidados prestados se interligam com as crenças culturais, os valores e práticas do recetor de cuidado, o pressuposto é que a adesão aos cuidados de saúde seja mais propensa, comparando com aqueles quando os aspetos culturais não foram tidos em conta na abordagem dos enfermeiros.

➔ PASSAGEM DE TURNO: TRANSMISSÃO ORAL DE INFORMAÇÃO

As passagens de turno surgiam como momentos de oportunidade para se lançar a reflexão sobre algum tema que se queria debater. É um momento que deve ser encarado como um espaço de partilha de informação e acima de tudo de discussão. Esta é efetuada à cabeceira do doente individualmente, a qual tivemos diversas oportunidades de concretizar, debatendo aspetos importantes do estado geral do doente crítico.

De acordo com o artigo 109.º do Estatuto da OE (p.83), e no respeito dos deveres relativos do exercício profissional, a excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de (...) alínea e) “Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos.

Segundo o parecer do Conselho de Enfermagem nº61/2017 (p.1), a passagem de turno surge como uma reunião da equipa de enfermeiros, com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados no sentido de promover a melhoria contínua (...) momento de análise e reflexão das práticas e simultaneamente da formação em serviço/em situação. A passagem de informação oral vai complementar a informação registada.

A importância da transição de informação vem reforçada com o novo PNSD 2021/2026 que tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados, no qual definiu objetivos estratégicos, sendo a comunicação o pilar nº3.

O SMI segue as orientações da DGS, norma 001/2017 – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, nomeadamente o uso da mnemónica ISBAR, auxiliar

de memória que permite através de forma simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal em que: I - “Identificação”; S – “Situação Atual/ Causa”; B – “Antecedentes/Anamnese”, A – “Avaliação” e R – “Recomendações”. Esta ferramenta de padronização de comunicação em saúde é reconhecida por promover a segurança do doente.

A metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde, pois para além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, esta contribui para a rápida tomada de decisões, promove o pensamento crítico, diminui o tempo de transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017, Norma 001/2017).

Antes da passagem de turno tivemos a preocupação de reunir o que muitas vezes está separado, ou seja, os cuidados e os seus processos de ensino, a prática e a teoria, a informação em diário médico, tudo isto para convergir num mesmo resultado: a melhoria da transmissão de informação, consistente, real e de qualidade.

O tempo de passagem de turno não se encontra definido no SMI, pois é diretamente dependente do número de doentes internados no serviço e a quantidade de informação imprescindível a ser transmitida.

Para além da passagem de turno de enfermagem, tivemos a oportunidade de acompanhar a passagem de turno da equipa médica, sendo um momento importante quer para aprendizagem individual, quer para a aprendizagem em grupo. Por outro lado, o facto de o enfermeiro participar na passagem de turno médica permite um crescimento da visão holística, centralizando os cuidados prestados pelas diferentes classes profissionais, no doente e a sua família, objetivando assim a informação.

➔ NUTRIÇÃO NO DOENTE CRÍTICO

Devido ao facto de no doente crítico a ingestão oral estar, na maior parte das vezes, impossibilitada, o uso de terapias de suporte nutricional, desde alimentação entérica a alimentação parentérica tornou-se uma prática clínica comum no SMI. Relativamente ao suporte nutricional dos doentes críticos do SMI sublinhamos que as orientações vão de encontro às últimas recomendações da *American Society of Parenteral and Enderal Nutrition (ASPEN)*.

Associado a todos estes cuidados, reforçámos ainda o cumprimento rigoroso no que concerne à pneumonia de aspiração e os cuidados com o síndrome de realimentação. Há *guidelines* muito concretas por parte da ASPEN no sentido de privilegiar o cálculo

calorimétrico e a adaptação a cada doente da nutrição entérica. Contudo, na impossibilidade de fazer esse cálculo, a ASPEN afirma que deve ser usada uma fórmula standard para o doente crítico em UCI de 25-30Kcal/kg/dia.

O protocolo de uso comum no SMI inclui uma rampa de adaptação à alimentação entérica de 25ml/h nas primeiras oito horas, 50ml/h nas segundas 8 horas e 63ml/h de forma contínua em seguida. Note-se que 63ml/h de uma fórmula isocalórica (1Kcal/ml) implica que nas 24h o doente terá ingerido 1512Kcal o que será satisfatório segundo a ASPEN para um doente entre os 52-58kg.

Não obstante, e de uma forma crítica, todo o doente admitido num SMI tem necessidades calóricas distintas, respostas metabólicas diferentes, patologias diferentes, índices de massa corporal diferentes pelo que uma prática uniforme standarizada pode acoplar riscos para o doente, nomeadamente na satisfação das suas necessidades energéticas. A ausência de balança nas camas para pesar os doentes e a ausência de nutricionista neste tipo de unidade de cuidados são fatores a apontar. Os médicos intensivistas regem-se pelo protocolo definido, porém com a presença de um profissional especializado as necessidades do doente relativas ao tipo de suporte, carga calórica, fórmula nutritiva, volume da dieta a fornecer, via de administração poderiam ser salvaguardadas em outro patamar de cuidados de excelência.

Marinho (2015, p.317) acrescenta que “a implementação de um suporte nutricional adequado obriga a que os profissionais de saúde tenham formação adequada nessa área”. Atualmente a prática baseia-se, muitas vezes, nos protocolos, e com uma população tão heterogénea como a dos doentes críticos, rapidamente os protocolos acabam por ser ineficazes.

Foi ainda importante ao longo do estágio desmistificar a ideia de que os soros fornecem as necessidades energéticas. Devido a este pressuposto observámos doentes com perda de massa muscular abrupta em poucos dias. Nunca se deve confundir uma terapêutica de suporte de curta duração com nutrição entérica ou parentérica. Como refere Marinho (2015, p.311), com “soroterapia pretende-se diminuir a neoglicogénese e reduzir o catabolismo proteico, enquanto que com a nutrição entérica e parentérica procura-se promover a síntese proteica”.

Por outro lado, pudemos constatar ao longo do estágio que o valor a considerar de resíduo gástrico entre enfermeiros não era unânime. Marinho (2015), considera que será aceitável um suporte nutricional por via entérica num doente com um resíduo gástrico inferior a 300cc, podendo-se tolerar um valor superior, até aos 500cc em circunstâncias

especiais, principalmente quando os doentes são muito vigiados e acompanhados por profissionais de saúde bem treinados em suporte nutricional.

O que é importante realçar é que constatámos que os enfermeiros do SMI suspendiam a nutrição entérica sem indicação formal para o fazer, consequência disto, e a nosso ver, uso de protocolos desatualizados e não ajustados à realidade atual. Foi importante discutir isto ao longo do estágio, pois são estas práticas que devem ser revistas, e não tanto procurar ajustar volumes de administração de nutrição ao longo do dia, a doentes com resíduo gástrico, muitas das vezes não valorizável.

As experiências ao longo do ENP relativas a preparação de nutrição entérica e parentéricas foram diversas, o que nos permitiu aperfeiçoar técnicas, conhecimentos e habilidades, para uma tomada de decisão mais segura e eficiente.

Para melhorar esta prática no SMI, tínhamos planeado elaborar uma formação de nutrição entérica do doente crítico com o apoio da *Fresenius Kabi* Empresa, no qual pretendíamos contextualizar a prática clínica do SMI, a avaliação nutricional do doente crítico, despertando a atenção dos enfermeiros para a avaliação e monitorização do risco nutricional; abordar as guidelines da ASPEN, com implementação de boas práticas, desde avaliação do resíduo gástrico, balanço azotado, complicações da nutrição entérica (conhecimentos adquiridos no âmbito das aulas na ESS-IPVC), etc. Porém no SMI encontrava-se uma aluna de mestrado de outra instituição de ensino, com investigação e formação direcionada neste âmbito. Desta forma e em concordância com as enfermeiras tutoras, decidiu-se não avançar com a formação.

➔ ÉTICA E BIOÉTICA NO CUIDAR

Como enfermeiro, pertencente a um grupo profissional com uma identidade específica, com uma Ordem que regula o próprio exercício, com um Código Deontológico próprio, zelamos pelas boas praticas e pelo cumprimento das mesmas.

O EE deve no exercício da sua profissão, observar os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos; assumir o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação e abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e filosofia da vida (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Os profissionais de Enfermagem regem-se por normas ético-morais. Estas decorrem da convicção universalmente reconhecida de que a pessoa tem valor incomensurável, e de que a vida humana é inviolável. Este valor da dignidade da pessoa humana está

consignado na lei por vários documentos, como é o caso da Declaração Universal dos Direitos do Homem, os quais pretendem sobretudo reconhecer e realçar a importância da pessoa humana. Todas estas convenções, a par com o desenvolvimento tecnológico, biológico e médico, que cada vez mais tende a imperar no seio da nossa sociedade, arrasta consigo problemas éticos, uma vez que aquilo que é tecnicamente possível, pode não ser eticamente legítimo.

O apelo às questões bioéticas extravasa o contexto individual no sentido do reconhecimento dos princípios e valores profissionais fundamentais. Será uma base sólida para a tomada de decisão, com um enfoque interdisciplinar ou talvez até transdisciplinar.

Na opinião de Ponce (2015), a ética como disciplina, é uma análise e reflexão sistemática das nossas decisões morais e do nosso comportamento. Existem estratégias sistemáticas para abordar dilemas éticos que funcionam como guias orientadores para a tomada da decisão: princípio da autonomia, beneficência, justiça e não maleficência. Na abordagem de qualquer problema ético na assistência hospitalar, devem ser contemplados quatro pilares: contornos clínicos do caso, preferências do doente, qualidade de vida prévia e futura e contexto cultural, familiar, económico e legal.

Queirós (2001) acrescenta que o processo de decisão ética consiste numa abordagem reflexiva sistemática em que se procura identificar os valores pessoais e profissionais, confrontando-os uns com os outros, as crenças e tradições, as perspetivas multidisciplinares, pretendendo-se contribuir para o estabelecimento das várias alternativas para a ação, que deverão ser consideradas coletivamente.

Já na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) é referido no seu artigo 1 que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Como é referido no artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro (p.61) “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

O interesse do doente deve sobrepor-se sempre a qualquer juízo de custo/utilidade, e deve ser defendido na base da igualdade de acesso a recursos que forem julgados úteis para a situação clínica, sem segregação baseada na idade, estilo de vida prévio, capacidade intelectual ou valor social.

No SMI o uso do consentimento livre e esclarecido é uma realidade. Qualquer intervenção de um profissional de saúde só deverá realizar-se se a pessoa em causa o

permitir. A perspetiva da informação como um dever, assenta em bases sólidas, como os princípios da autonomia, dignidade e da liberdade da pessoa. Remetendo-nos para os artigos 84.º (Dever de Informar) e 85.º (Do dever de Sigilo) do Código Deontológico do Enfermeiro, denota-se o valor inigualável destes pilares na profissão de enfermagem.

Documentar tudo o que acima é referido é importante, pois toda esta informação deverá fazer parte do plano de tratamento para o doente em causa. “Documentar os fundamentos de decisão no processo clínico é imperativo, bem como os desejos do doente, conflitos com disponibilidade de recursos e alternativas propostas” (Ponce, 2015, p.562).

O consentimento é um ato de decisão voluntária realizada por uma pessoa competente, esclarecida por uma adequada informação, e capaz de deliberar, tendo compreendido a informação revelada. É um direito do doente e dever ético, moral, deontológico e legal dos profissionais de saúde (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Para os autores supracitados, a comunicação deve ser prestada de acordo com a personalidade, o grau de conhecimento e as condições clínicas e psíquicas do doente, abordando as informações clínicas pertinentes, podendo ser fornecidas de forma oral ou escrita, desde que haja compreensão por parte do doente.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, afirma que o enfermeiro no exercício da sua profissão, deverá adotar uma conduta responsável e ética, bem como atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos.

O enfermeiro detentor de especialidade torna-se perito na área do cuidado humanizado e na preservação dos direitos e deveres do doente, uma vez que suporta a sua decisão em princípios, valores e normas deontológicas, promovendo o exercício profissional de acordo com o código deontológico na equipa de enfermagem onde está inserido.

É certo que na prestação de cuidados, e numa perspetiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores. A dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca na tomada de decisão, tal como assevera o artigo 78º do Código Deontológico (Nunes, Amaral e Gonçalves (2005))

Neste âmbito, e no desempenho das nossas funções assumimos uma postura responsável na prestação de cuidados ao doente em estado crítico e/ou família, aceitando todas as responsabilidades inerentes à nossa atuação. Procurámos desenvolver competências cognitivas, reflexivas e relacionais, com a finalidade de promover uma prática profissional e responsável, segundo padrões ético-legais em vigor, promotores da Dignidade da pessoa Humana.

Sempre que confrontados com uma nova situação em que não se era capaz de dar a melhor resposta, recorriamos às enfermeiras tutoras, e à pesquisa bibliográfica, no sentido de adquirir a autonomia necessária para atuar da melhor forma, em situações futuras.

➔ TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

O transporte do doente crítico quer intra-hospitalar ou inter-hospitalar foi uma experiência durante o período de estágio. Foi importante refletirmos sobre todo o processo que envolve um transporte de doentes críticos, independentemente do seu destino.

A regra primordial e citada por Gomes e Freitas (2015, p. 529) é que num “transporte de doente crítico haja garantia de que o nível de cuidados proporcionado durante o transporte nunca seja inferior ao do serviço ou instituição de origem”.

O transporte inter-hospitalar envolve riscos, mas são justificáveis quando o serviço ou instituição de origem não dispõe de meios avançados de tratamento para um nível de assistência clínica superior (OM e SPCI, 2008). No estágio tivemos a oportunidade de colaborar no transporte de um doente crítico para o hospital Pedro Hispano no Porto, com indicações para Câmara Hiperbárica, devido a diagnóstico médico de fascíte necrotizante nos membros inferiores, já desbridados no bloco operatório do Hospital de origem.

A normalização da boa prática no transporte do doente crítico em Portugal encontra-se bem definida nas “Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos”, um documento elaborado pela OM e SPCI em 2008. Esta diretriz, mantém-se ainda atual. O transporte envolve diferentes fases: decisão, planeamento e efetivação (OM e SPCI, 2008).

As alterações posturais, a trepidação, a energia cinética e as alterações da temperatura contribuem para perturbar o débil equilíbrio fisiológico do doente crítico (Gomes e Freitas, 2015). Desta forma, o EE tem de ser um bom observador, avaliador e mediador de dados de monitorização que muitas das vezes oscilam devido ao movimento do transporte e não necessariamente pela condição clínica do doente, como o caso da monitorização cardíaca contínua. A tomada de decisão neste casos deve suportar-se na experiência clínica e no conhecimento científico.

Esta experiência de estágio acima mencionada revelou-se interessante, uma vez que pudemos assistir a todo o processo que envolve o transporte de um doente crítico. A

decisão é médica, mas no planeamento a ação é feita pelo médico e enfermeiro, que tomam em consideração os seguintes problemas: coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação. A efetivação do transporte fica a cargo da equipa de transporte, (neste caso os enfermeiros) cujas responsabilidades técnica e legal só cessam no momento da entrega do doente ao médico do serviço destinatário, ou no regresso, ao serviço de origem (Gomes e Freitas, 2015).

O transporte intra-hospitalar foi outra das experiências deste ENP. O transporte de doentes críticos para realização de exames complementares de diagnóstico. De todas as experiências, destaco o transporte de um doente jovem com TCE grave à realização de TAC. Um transporte que pode traduzir-se num foco de instabilidade hemodinâmica. A reflexão antecipada sobre os principais riscos e cuidados a ter durante o transporte, bem como, os fármacos de urgência a preparar e administrar em caso de necessidade, foi transversal em todo ENP.

Desta feita, todos os transportes (intra ou extra hospitalares), revelaram-se experiências enriquecedoras, pela responsabilidade presente em todo este processo, em que o nível de cuidados, durante o transporte, não pode ser inferior ao existente na unidade de cuidados.

O constante apoio, autonomia e supervisão das enfermeiras tutoras, permitiram-nos um crescimento individual enquanto futuro EE, com dissipação dos medos, inseguranças e dificuldades, promovendo desta forma uma autonomia mais perspicaz na abordagem ao doente crítico.

➔ TRATAMENTO DE FERIDAS

A pessoa com ferida aguda ou crónica origina um conjunto de desafios para os profissionais de saúde, onde a necessidade de cuidar de uma pessoa com ferida assenta num espírito de transdisciplinaridade e multiprofissional, orientado por boas práticas clínicas emanadas pela evidência científica e alicerçado numa linguagem sistematizada e sistemática, permitindo, desta forma, a uniformização de práticas e a comunicação entre pares da equipa e da profissão (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021).

No semestre anterior elaborei um dossier com orientações de prevenção e tratamento de feridas, bem como fluxogramas de consulta rápida, para que no momento de incerteza ou insegurança, seja por motivos de desconhecimento ou dúvida momentânea, o enfermeiro esteja munido de documentos que orientem a sua ação, de forma sistémica e sistemática, com incorporação de evidência científica.

No SMI, as dúvidas em tratamento de feridas ainda são um problema, dado que os profissionais desconhecem muito do que é ver o doente com ferida de forma holística. Marques e Parreira (2017), afirmam que os profissionais de saúde que lidam com o tratamento de feridas reconhecem que tem havidos francos progressos nesta área, não só na abordagem do doente com ferida, mas também na evolução do material de penso e dispositivos colocados à sua disposição não só para o tratamento local da ferida, mas para a prevenção.

Em Portugal, grande parte das instituições de saúde ainda não possuiu protocolos de tratamento que orientem os profissionais de saúde. Por isso, muitas pessoas com feridas são tratadas de um modo pouco claro, com objetivos terapêuticos pouco definidos, os pensos e terapias são utilizados sem fundamento racional, e a continuidade de cuidados sem avaliação apropriada e, frequentemente, sem reavaliações (Marques e Parreira, 2017).

A excelência do cuidar na área de prevenção e tratamento da pessoa com ferida, balizada por um processo de tomada de decisão em equipa, baseado na melhor evidência científica, regulado pela responsabilidade ética e legal que impende sobre os profissionais, tem como finalidade contribuir para a melhoria das taxas de cicatrização, otimizar a qualidade em saúde, prevenir complicações e rentabilização de recursos materiais e humanos (Menoita, 2015 e Alves [et al.], 2014).

Se a decisão de tratamento envolver outros profissionais, cabe ao enfermeiro a implementação do referido tratamento, através de intervenções interdependentes. Não obstante, se a decisão do tratamento decorrer de um processo de tomada de decisão e avaliação por parte do enfermeiro, sustentado nos pilares do conhecimento científico e alinhado com a experiência clínica, estaremos perante uma intervenção autónoma de enfermagem (Nunes, 2006).

E de facto foi isto que pretendíamos ao longo do estágio no SMI, através dos fluxogramas anteriormente disponíveis, de momentos de *brainstorming*, do conhecimento prévio e experiência clínica, orientar os profissionais do SMI para a intervenção autónoma de enfermagem, para uma avaliação holística e não meramente executiva, para a elaboração de planos de tratamento únicos e irrepetíveis, baseados na evidência, na gestão do risco e focado na qualidade dos cuidados e segurança do doente internado.

Desta feita e como descreve o Regulamento nº140/2019 (p.4748), competência específicas do EE, o EE "(...) Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão: Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa; colabora nas decisões da

equipa de saúde e melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar (...)"

É nesta abordagem que as boas práticas devem focar-se: na identificação de intervenções que sejam seguras e efetivas. Uma intervenção que não é segura e eficaz não pode ser efetiva. Por sua vez, a segurança e a eficácia não garantem efetividade na prática clínica (Marques e Parreira, 2017).

A OE (Parecer Conselho Jurisdicional nº79/2012) reitera que apesar de existir profissionais com formação diferenciada em tratamento de feridas e viabilidade tecidular, como o grupo de feridas do SMI, a prestação de cuidados à pessoa com ferida não deve ser um ato isolado, mas sim decorrente de um plano terapêutico, cuja responsabilidade será compartilhada por uma equipa e não por um único profissional.

➔ PLANO DE CATÁSTROFE/ EMERGÊNCIA

Relativamente a um outro aspeto importante a contemplar neste ENP é o conhecimento sobre o plano de catástrofe/ emergência.

Uma vez que a dinamização da resposta em situações de catástrofe e emergência multivítima é umas das competências contempladas no regulamento de competências específicas do EE em Enfermagem na PSC achamos também pertinente a consulta do plano de catástrofe do Hospital. A existência de um plano bem definido, como o seu conhecimento, é fundamental para agilização nas situações lá contempladas.

Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Lei nº27, 2006).

Apesar de felizmente não termos presenciado nenhuma situação de catástrofe, no verdadeiro sentido da expressão, vivenciei a implementação do plano de emergência dado o contexto de pandemia. Tivemos a oportunidade de analisar os circuitos e particularidades deste mesmo plano, e perceber que este não é estanque, na medida em que é readaptado conforme as necessidades no momento. Neste contexto, o SMI possui um papel de relevo na medida em que é o serviço mais diferenciado do Hospital, para além de sediar a equipa de emergência médica interna.

O plano de catástrofe contempla 3 níveis de alerta e associados a estes, 3 diferentes cores: Nível 1- alerta verde (nº vítimas 4 30 ou nº vitimas criticas >10). Nível 2- alerta

amarelo (nº vítimas 15 a 30 ou nº de vítimas críticas 6 a 10); Nível 3- alerta vermelho (nº vítimas >30 ou nº vitimas críticas >10).

Ativado o plano de catástrofe pelo gabinete de crise, é definido um conjunto de ações para cada nível, podendo o nível em curso ser escalado para um patamar superior.

Anualmente é feito um simulacro para testar as capacidades de atuação das equipas, e detetar situações com necessidade de serem aprimoradas, desde o tempo de reposta à eficácia de alerta. Neste contexto, e na nossa opinião, é aqui que o EE poderá fazer a diferença, porque possuiu para além da formação interna, conhecimento, competências e habilidades para responder de uma forma positiva. Serão os elos chave em situações de crise, porque possuem habilidades de prestação de cuidados gerais, criatividade e adaptabilidade, liderança e um leque de competências que podem ser aplicadas em uma variedade de cenários e situações de catástrofe.

2.2. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A formação em contexto real de trabalho atravessa atualmente uma fase de mudança no paradigma de conceito de resultados, uma vez que a aquisição e desenvolvimento de saberes práticos assenta numa sociedade do saber e do conhecimento. Reformular competências numa democracia participativa implica pessoas qualificadas que visam a autotransformação do saber profissional em prol dos fins, objetivos, resultados, missão e organização da instituição. Para Benner (2001), a formação promove o desenvolvimento de competências e incute ao enfermeiro a reflexão sobre as suas práticas capacitando-o a enfrentar os problemas do quotidiano.

A formação, para além de aprofundar as competências e o desenvolvimento pessoal, implica que se adquira capacidades de absorver novos conhecimentos, autonomia, liderança e a capacidade de trabalhar em equipa (Rocha, 2010).

A atualização e o grau de formação dos profissionais no desempenho das suas funções são fundamentais, para que a melhoria da qualidade dos serviços seja atingida. Na enfermagem, privilegia-se a formação em contexto de trabalho, isto é, a aquisição, aprofundamento e interligação dos saberes e da reflexão crítica sobre a prática clínica, com o intuito de dar resposta às exigências existentes no contexto (Rosário, 2007).

Menoita (2015), refere que a enfermagem baseada em evidência propõe a (re)construção de novas competências, que conduzem a uma avaliação crítica sistemática das informações disponíveis, para a tomada de decisão. Este é um processo, que ao exigir novas habilidades, abre espaço para definir critérios como a

eficácia, a efetividade e eficiência para avaliar a qualidade e incorporar nos contextos de trabalho as conclusões válidas e consolidadas da pesquisa.

A formação não consiste apenas num simples processo de aquisição de conhecimentos, direciona-nos para uma reflexão que seja promotora do pensamento crítico e da tomada de decisão. Ao longo da prática profissional, os enfermeiros devem privilegiar a formação contínua, adquirindo competências para o seu exercício profissional de excelência.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (p.36), artigo 76.º (Princípios Gerais), os membros efetivos da OE estão obrigados a “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. Ainda nesta perspetiva, o artigo nº100, dos deveres deontológicos em geral, o enfermeiro assume o dever, alínea d) “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”.

O EE deve também intervir no processo de formação em serviço. Conforme se pode ler no Regulamento de Competências Comuns do EE nº140/2019 (p.4749), o EE:

“Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. Diagnostica necessidades formativas. Gere programas e dispositivos formativos. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Avalia o impacto da formação. Suporta a prática clínica em evidência científica. Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. Identifica lacunas do conhecimento (...)”

O EE, integra a prestação de cuidados tomando assim um lugar privilegiado para o acompanhamento da qualidade dos cuidados prestados pela equipa em que se insere. Ao longo do desempenho das suas funções, este pode beneficiar destes momentos para detetar as dificuldades da equipa, potenciando a formação em serviço, promovendo a reflexão e a comunicação dentro desta, enquanto gestor de cuidados, de supervisor e de formador.

Sendo o EE, o responsável pela formação em serviço, este deve ser reconhecido pela sua equipa, como um “facilitador” na aquisição de conhecimentos. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do EE nº140/2019 (p.4750), este

“Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.”

A educação e qualificação contínua são um dos grandes pilares na construção da sociedade do conhecimento. Segundo Menoita (2011), as organizações devem criar ambientes reflexivos de aprendizagem em equipa, que promovam a autonomia, novos estilos de liderança, tendo uma visão partilhada nas redes funcionais de intercomunicabilidade entre todos os intervenientes.

Segundo a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e de Liderança (2009), de forma a garantir a segurança do cidadão, da família e da comunidade e, de modo a assegurar um padrão de qualidade na organização dos cuidados, é necessário incidir sobre quatro eixos, dos quais a promoção da formação. Por outro lado, o desenvolvimento da prática de enfermagem integrada como uma competência do eixo do desenvolvimento profissional.

Segundo o Regulamento nº361/2015, 26 de junho de 2015, os EE em enfermagem na PSC são “reconhecidos como elementos-chave, na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica” (p.17241). Desta forma, segundo a mesma fonte bibliográfica, e no que concerne à eficácia na organização dos cuidados especializado, é importante a “existência de uma política de formação contínua dos EE promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada” (p.17243).

Assim sendo, a equipa de enfermagem do SMI encontra-se dividida em vários grupos de trabalho que organizam formação em serviço:

- Controlo de infeção;
- Tratamento de feridas;
- Monitorização doente crítico;
- Ventilação;
- Técnica de substituição renal;
- Gestão do risco;
- Sistemas de informação em Enfermagem;
- Padrões da Qualidade;
- Nutrição no doente crítico.

Enquanto futuro EE, integramos a prestação de cuidados tomando assim um lugar privilegiado para o acompanhamento da qualidade dos cuidados prestados pela equipa em que nos inserimos. Ao longo do desempenho das nossas funções, detetamos as lacunas da equipa de enfermagem na área de prevenção de UPP, potenciando a formação em serviço, assumindo o papel de formador e supervisor de cuidados.

Mais que tirar cursos, frequentar formações é necessário ter motivação para aprender e acima de tudo, ter a perspetiva de aplicabilidade dos conhecimentos em contexto de trabalho. É sentir que ser enfermeiro é sinónimo de estudo permanente para poder prestar cuidados diferenciados e atualizados na respetiva área de atuação uma vez que “(...) o conhecimento, que na sua forma considerada superior ou mais elaborada é chamado de ciência, é considerado um instrumento essencial para a resolução de problemas” (Novaes, 2000).

A 12 de julho 2021 tivemos a oportunidade de colaborar com o grupo de feridas do SMI, numa formação em serviço intitulada: “UPP em UCI”, na qual pretendia apresentar os atuais elementos do grupo de feridas; apresentar o balanço das UPP do ano 2020/2021, relembrar conceitos; definir estratégias e medidas de prevenção associada a dispositivos médicos e uniformizar os registos de enfermagem no aplicativo informático “BICU” da B-Simple ® (Anexo I).

No serviço SMI, assistimos a uma formação informal sobre a monitorização invasiva e não invasiva do doente crítico e os módulos de monitorização que o serviço dispõe, permitindo assim um brotar mais seguro de procedimentos no âmbito da monitorização ao longo do estágio.

A 26 de abril de 2021 assistimos a uma formação teórico-prática em serviço sobre a técnica de hemodiálise prolongada ou SLED realizada pelo serviço de hemodiálise. Através desta formação foi possível esclarecer dúvidas, adquirir conhecimentos importantes nesta área diferenciada de cuidados e proceder à aplicação correta do procedimento, tendo por base a segurança do doente internado.

Em colaboração com a empresa *Smith-Nephew* organizámos em setembro de 2021 uma formação de terapia de vácuo dado que ao longo do estágio denotámos que os enfermeiros prestadores de cuidados tinham alguns receios e conhecimentos desatualizados relativos à terapia de vácuo no doente crítico. Foi um momento de discussão importante, dado que permitiu aos enfermeiros esclarecer dúvidas, melhorar a experiência singular no domínio de atuação, nomeadamente técnicas de aplicação na ferida, alarmes sonoros, entre outros. O formador era interno à *Smith-Nephew*.

Por outro lado, tivemos a oportunidade de participar como formando em formações organizadas pelos grupos de trabalho do SMI, nomeadamente sobre PAVM e os cuidados a ter na prevenção, bem como o balanço geral dos indicadores de qualidade do SMI neste âmbito; Manipulação do CVC; Monitorização eletrocardiográfica no doente crítico e Gestão do risco e *Nursing Activities Score* (NAS).

Estas formações com cerca de 2 horas ajudaram-nos a melhorar a prestação de cuidados no SMI, com uma aplicação de saberes sustentada em pilares de conhecimento mais sólidos, recentes e cientificamente validados (Anexo II).

É dever do enfermeiro analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (artigo nº109 do Estatutos da OE), ou seja, fazer uma retrospectiva e perceber em que medida os acontecimentos passados podem servir de ímpeto para a mudança no futuro, assumindo um papel ativo em prol da segurança do doente internando e excelência dos cuidados.

No desempenho das nossas funções assumimos uma postura responsável na prestação de cuidados ao doente em estado crítico e/ou família, aceitando todas as responsabilidades inerentes à nossa atuação. Sempre que confrontados com uma nova situação em que não éramos capazes de dar a melhor resposta, dado o enorme leque de patologias, procedimentos complexos, gestão de protocolos complexos e manipulação de tecnologias avançadas, recorriamos às enfermeiras tutoras, e à pesquisa bibliográfica no sentido de adquirir a autonomia necessária para atuar da melhor forma em situações futuras.

Afirmamos ainda que ao longo deste ENP tivemos um papel ativo como dinamizadores de conhecimentos na área de viabilidade tecedular. Colaborámos com a equipa do SMI na orientação de tratamentos, prevenção de UPP, racionalização do material de penso e implementação de escalas de monitorização das feridas, algo que não era prática no SMI. Elaborámos réguas de medida descartáveis e implementámos, com a colaboração da enfermeira gestora, a escala *Revesch* 2.0 no aplicativo informático dos sistemas de informação e comunicação.

O enfermeiro na sua prática deve utilizar instrumentos que permitam realizar a avaliação das feridas e verificar a efetividade das intervenções. Os instrumentos necessitam de ser fiáveis, válidos e responsivos, pois só assim, no âmbito da investigação, se traduz efetividade dos cuidados de enfermagem. A ausência de uma avaliação sistemática torna difícil identificar claramente os problemas e análise custo-efetividade dos tratamentos (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021).

Desta forma, com a implementação de escalas de medida, o impacto dos cuidados de enfermagem nos resultados poderá ser medido com rigor, utilizando indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O contributo de quem chega é uma mais-valia para sinalizar aspetos que passam despercebidos no dia-a-dia a quem está no seu ambiente. Criar oportunidades de melhoria, seja sob a forma de sugestão e mesmo de operacionalização é uma forma de

se obterem ganhos mutuamente e aproveitamento de sinergias. Ganha o doente, o serviço, o estagiário e o tutor. A oportunidade e espaço neste estágio para refletir proporcionou a criação de conhecimento, conhecimento partilhado e aplicado à prática diária.

O Ministério da Saúde (2010) defende que a formação dos profissionais de saúde é importante para um melhor funcionamento e, também, contribui para um processo de mudança, no sentido em que capacita o desenvolvimento dos conteúdos.

Morison (2004), acrescenta que muitos são os benefícios quando os profissionais de saúde colaboram no desenvolvimento de planos de cuidados interdisciplinares. Desta forma, o EE tem um papel importante a desempenhar, não só como profissional experiente, mas também como investigador e formador.

Segundo Tweed, [et al.] (2008), a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos na área da prevenção de UPP são essenciais para uma correta adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades específicas das pessoas. Esta formação deve ser feita de forma repetida e incluída em programas de formação contínua, pois rapidamente os conhecimentos sobre esta temática voltam a níveis basais após formação.

Desta forma, nos dias 15 e 24 de março do presente ano organizámos um programa de formação (Anexo IIII) sobre prevenção de UPP no SMI que se dividiu em duas componentes. Uma componente teórica (apêndice B), realizada em auditório e baseada nas mais recentes guidelines e orientações de boas práticas. A outra componente baseou-se numa metodologia prática em contexto de trabalho, onde estavam à disposição diversas superfícies de apoio da empresa Arjo, para manuseio, análise e observação (Anexo IV). Por outro lado, trouxemos uma solução tecnológica inovadora, designada *Provizio*, um scanner de rastreio de lesão da pele com período de antecedência até 5 dias. Este dispositivo ajuda o profissional a efetuar a análise mais concreta de causa-raiz ou causa-efeito da UPP com construção real do diagrama de *Ishikawa*, ou espinha de peixe. Por outro lado, permite a antecipação de medidas de prevenção para o local anatómico em risco de lesão, com inspeção mais focalizada dos profissionais.

Deste modo, com esta componente prática os enfermeiros tiveram a oportunidade de analisar as características de diversas superfícies de apoio, e reformular conhecimentos na área da mobilização do doente, definindo assim entre equipa, estratégias unânimes para o correto posicionamento do doente crítico, evitando cuidados de prevenção variáveis de turno para turno. Por outro lado, permitiu ao SMI adquirir novas superfícies de apoio para a prevenção de UPP.

As boas práticas para a prevenção das UPP recomendam estratégias que assegurem a melhoria da qualidade aplicada à segurança dos doentes, como por exemplo, protocolos de formação (tanto na esfera preventiva como na de tratamento), auditorias aos registos e prática clínica, sistemas de notificação das UPP como eventos adversos e estudos não só epidemiológicos, mas também de processo e resultado (Menoita e Sousa, 2021). No documento da EPUAP, NPUAP e PPPIA (2014), existem algumas recomendações com ações que devem ser implementadas a nível organizacional ou profissional. Considera-se a otimização dos processos de trabalho a nível profissional através da introdução de programas de melhoria contínua da qualidade liderados por enfermeiros.

Ao EE compete planear programas de melhoria contínua, identificando oportunidades de melhoria, estabelecendo prioridades para essa melhoria e estratégias que sirvam de guias orientadores para a boa prática clínica. Por outro lado, fomenta a implementação de programas de melhoria continua da qualidade, liderando esses mesmos programas; supervisiona os processos de melhoria e desenvolvimento da qualidade e incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes (Regulamento nº140/2019, p.4747).

O modelo de formação utilizado foi o “Modelo de Mudança Organizacional” de *Bramley*, um modelo integrador do aspeto organizacional, no qual projeta a formação para a mudança da organização (Gouveia, 2005).

Gouveia (2005, p.17), reforça que é necessário “(...) a criação de condições para que as novas práticas tenham efetivamente lugar, em substituição das antigas”.

O desenho e execução do programa de formação para os enfermeiros do SMI teve o envolvimento das partes interessadas, nomeadamente, Centro de Formação do Hospital, com ligação às enfermeiras especialistas responsáveis pela formação em serviço, grupo de tratamento e prevenção de feridas do serviço, enfermeira gestora, e enfermeiras tutoras de estágio.

O Modelo de Mudança Organizacional centra-se em 5 aspetos interligados (Gouveia, 2005):

1. Analisar a situação existente;
2. Assegurar o envolvimento da gestão quanto aos objetivos de desenvolvimento e à mudança de práticas organizacionais que colidem com o desenvolvimento;
3. Envolver a gestão no desenho e execução do programa;
4. Execução do programa;

5. Promover novos comportamentos no “terreno” através de supervisão e avaliação do desempenho.

O plano esquemático do programa de formação foi dividido em etapas, tempo, conteúdos e metodologias/recursos utilizados e encontra-se em apêndice C.

Dado os desafios constantes num SMI a nível da prática clínica, investigação e avaliação de desempenho, nomeadamente no cuidar de excelência, implica que o enfermeiro desenvolva “habilidades, competências e conhecimentos específicos de situações clínicas ou cirúrgicas ameaçadoras da vida (...)” (Souza, 2010, p.2). O “saber fazer” e o “saber agir” cruzam-se com o desenvolvimento pessoal do profissional e com a sua formação. Para Viana (2011, p.50) “(...) a formação é promotora da qualificação, permitindo a aquisição de novas competências (...)”. A necessidade de uma formação diferenciada, assente em pilares sólidos e qualificados é ainda apontada pela autora.

Iranmanesh, Rafiel e Ameri (2011), reforçam no seu estudo descritivo a importância de programas destinados a aumentar o conhecimento dos enfermeiros, acompanhados de intervenções destinadas à redução da taxa de incidência de UPP.

A aquisição do conhecimento é fundamental para Menoita e Sousa (2021), e este deve ocorrer de forma contínua e progressiva e para toda a equipa. À medida que aumenta a participação de todos e que o conhecimento vai sendo incorporado pela equipa, o processo de decisão passa a ser partilhado, resultando em benefícios importantes para a prevenção.

Assim sendo, este programa de formação despoletou o pensamento científico e crítico plural em termos de prevenção de UPP no doente crítico, através de um diálogo de elevado interesse entre formador e formandos, perspetivando a análise real do SMI e diferentes realidades, bem como, a forma como respondemos à problemática da prevenção de UPP. Foi um evento catalisador para os enfermeiros do SMI, dado o número de enfermeiros presentes na formação.

A qualidade de uma ação de formação reside, sobretudo, na sua eficácia. A formação é eficaz quando induz comportamentos desejados na população alvo, e isso, por sua vez, se traduz num resultado desejado no desempenho profissional e organizacional (Gouveia, 2005).

A formação produz resultados se as habilidades adquiridas forem transferidas para as habilidades relacionadas com o trabalho, devendo existir um investimento nas intervenções que promovem essa transferência (Aguinis e Kraiger, 2009). Já a transferência da formação caracteriza-se pela aplicabilidade dos conhecimentos, das competências e dos comportamentos adquiridos durante a formação para um contexto

de trabalho durante um determinado tempo (Lopes, Bidarra e Barreira, 2016) refletindo as alterações comportamentais que foram alcançadas na formação (Caetano [et al.], 2014).

Ainda após este programa de formação, foi-nos proposto elaborar um guia orientador para os enfermeiros, referente à classificação de UPP. Desta forma, elaborou-se um poster informativo (apêndice D), para que no momento de registo clínico, ou observação primária de UPP, o profissional de saúde suportasse a sua tomada de decisão, baseada em guidelines internacionais.

De referir que no final deste programa de formação procedemos à sua avaliação. Para o efeito, elaborámos um questionário de avaliação do programa de formação (apêndice E), e aplicámos aos 70 enfermeiros presentes na formação. Encontra-se dividido por avaliação geral da formação, avaliação de impacto, avaliação geral dos formadores e um setor de texto livre para os enfermeiros manifestarem opiniões.

Para o preenchimento do questionário de avaliação do programa de formação, os formandos tinham de assinalar com um (X) o valor da escala que consideravam mais adequado à avaliação dos itens assinalados (sendo 1 o nível mais baixo de satisfação e 5, o mais alto).

Relativamente à avaliação geral da formação (tabela 1), a maioria dos enfermeiros demonstraram-se satisfeitos (nível 5) com os objetivos da formação, reconhecendo que a formação foi adequada às suas necessidades. Consideram ainda importante o equilíbrio entre a teoria e a prática estabelecido, bem como toda a informação científica transmitida. O relacionamento com os formandos, os espaços físicos e meios audiovisuais foram também pontos de destaque dos formandos.

Tabela 1: Avaliação geral da formação, respostas por questão

<u>QUESTÃO:</u>	1	2	3	4	5
Os objetivos propostos foram cumpridos.				11,11%	88,88%
A metodologia foi adequada aos participantes.				4,44%	95,55%
Os trabalhos, exercícios e atividades foram suficientes.					100%
A duração da ação/formação foi adequada.				77,77%	22,23%
A gestão de recursos foi adequada.					100%
O relacionamento entre os participantes foi positivo.				2,22%	97,77%
O espaço onde decorreu a ação de formação foi adequado.					100%
Os meios audiovisuais foram adequados para a formação.					100%
Relação dos formadores com o grupo de formandos.					100%
A documentação foi suficiente.					100%
O equilíbrio da teoria e prática foi ajustado.				11,11%	88,88%

Quanto ao impacto da ação de formação, os enfermeiros responderam positivamente que este programa de formação lhes trouxe novos conhecimentos, e que através deste, irão certamente ter um impacto positivo na prestação dos cuidados de enfermagem ao doente crítico, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de UPP. Os resultados das respostas por questão ao item da avaliação de impacto, seguem-se na tabela 2:

Tabela 2: Avaliação de impacto da formação, respostas por questão

<u>QUESTÃO</u>	1	2	3	4	5
A ação de formação veio ao encontro das minhas necessidade de formação e permitiu adquirir novos conhecimentos.					100%
Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções.					100%
Os conhecimentos adquiridos vão ter impacto na minha atividade profissional.					100%
Após esta formação irei utilizar as competências adquiridas no processo de ensino e aprendizagem.					100%

O terceiro item do questionário de avaliação corresponde à avaliação dos formadores. De destacar que os enfermeiros encontram-se satisfeitos, classificando este item entre o nível 4 e nível 5 (tabela 3):

Tabela 3: Avaliação geral dos formadores, respostas por questão

<u>QUESTÃO</u>	1	2	3	4	5
Houve aprofundamento dos temas.					100%
A concretização dos diferentes conteúdos temáticos foi concretizada.					100%
O formador demonstrou domínio de conteúdos abordados.				11,11%	88,88%
A linguagem utilizada foi clara e assertiva.				2,22%	97,77%
A adaptação do discurso aos destinatários/ finalidades foi conseguida.				4,44%	95,55%
Houve capacidade para esclarecer as dúvidas sugeridas.					100%

Por fim, o quarto item do questionário referiu-se a item de texto livre no qual os formandos indicaram o que consideraram mais útil na formação, sugestões de melhoria e temas que gostaria de ver mais desenvolvidos. De todos os questionários respondidos, apenas obtivemos resposta de 4 enfermeiros. Consideraram que esta formação lhes foi útil para o dia-a-dia uma vez que os ajudou a esclarecer dúvidas, melhorar o leque de conhecimentos e práticas. Por outro lado, consideraram de extremo relevo a parte prática, na qual foi demonstrado equipamentos de alívio de pressão,

equipamentos médicos de mobilização para o doente crítico e discutidas práticas diárias do SMI no que diz respeito ao posicionamento do doente neurocrítico.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO

A função de gestão em enfermagem é fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados, tal como referido no código deontológico do enfermeiro na alínea d) do artigo 88.º o qual designa assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Compete ao EE, no domínio da gestão de cuidados, gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. Deve ainda, adaptar a liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019).

Parece-nos hoje consensual afirmar que o papel do EE tem uma importância decisiva nos processos de transformação das organizações de saúde e no desenvolvimento do sistema de prestação de cuidados à população.

Segundo o regulamento nº101/2015 (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, p.5948), o Enfermeiro gestor:

“detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.”

A profissão de enfermagem desenvolve-se em vários eixos, sendo a gestão um desses eixos. Gestão em saúde implica coordenação, implementação, supervisão, adequação dos meios às necessidades de forma a atingir os objetivos organizacionais que estão certamente interligados aos objetivos do SNS.

O Decreto de lei nº71/2019 descreve que o enfermeiro em funções de gestão é responsável pelo planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança.

Ao enfermeiro gestor compete ainda a gestão de recursos humanos, tendo por base os objetivos da unidade de cuidados, hospital e SNS e os princípios éticos da profissão. Elabora os planos de trabalho, escalas e planos de férias, otimizando a eficiência e produtividade. Visa a qualidade, a cultura de segurança, os processos de investigação e inovação em enfermagem e as boas práticas clínicas (Decreto de lei nº71/2019).

No SMI, e ao longo do ENP observamos uma liderança democrática pelo enfermeiro gestor, uma liderança equilibrada e funcional para o serviço. Foi importante este acompanhamento com o enfermeiro gestor, uma vez que nos possibilitou o desenvolvimento de competências de gestão. As atividades desenvolvidas foram essenciais para refletir a importância e pertinência dos objetivos inerentes à gestão dos recursos materiais, humanos e da gestão dos cuidados, e a necessidade da permanente articulação entre estas. Caso esta articulação não se proceda, a prestação de cuidados ao utente/família fica comprometida, pelo que todas as áreas inseridas no âmbito da gestão devem ter, equitativamente, a mesma importância.

A liderança e a gestão não se sobrepõem, elas articulam-se. A gestão e a liderança são peças chave no desenvolvimento da cultura organizacional na medida em que interferem na capacitação para influenciar atitudes e comportamentos e molda o ambiente de trabalho.

Fradique e Mendes (2013), consideram que a liderança envolve um processo de condução de pessoas, motivando e influenciando os liderados. Desta forma, desenvolveram um estudo de investigação, numa amostra de 184 enfermeiros, no qual pretendiam analisar a hipótese de investigação: “A liderança em enfermagem influencia positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem”. Os resultados demonstraram de forma clara que a liderança influencia de forma direta e significativa a qualidade dos cuidados de enfermagem (p. 52).

Ribeiro, Santos e Meira (2006, p.111) referem que o “estilo de liderança caracteriza-se pela forma como os líderes conseguem influenciar as pessoas para o desempenho das suas atividades para a consecução de um objetivo comum”. Pode ir do controlo total à permissividade completa.

Para os autores supracitados, se a liderança for adequada e impulsionadora de comportamentos que potenciem a qualidade dos cuidados, bem como a satisfação dos

profissionais, pode obter-se ganhos em termos de gestão, refletindo-se nos cuidados prestados. Para a construção de tarefas é essencial que a liderança e espírito de equipa estejam conciliados. A percepção que o enfermeiro tem sobre a equidade de oportunidades no seu serviço, motiva-o a prestar cuidados de qualidade.

Durante o ENP aproveitámos todas as oportunidades para observar e analisar as funções do enfermeiro responsável de turno. As inúmeras vezes que as tutoras assumiram esse cargo/função permitiram-nos contrastar realidades de serviços, ou seja, apesar de não ser uma função totalmente nova, uma vez que é experienciada no nosso local de trabalho, conseguimos desenvolver e aprimorar competências na área de gestão de conflitos, tomada de decisão e liderança, e perceber a importância da comunicação em todo este processo.

No SMI, existe por turno um enfermeiro responsável que contribui para a gestão do serviço. De acordo com o parecer conjunto nº01/2017 (p.3), o enfermeiro responsável de turno deve “(...) possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização (...)”. Assim sendo, o profissional com mais competências neste âmbito será o EE. Porém, na sua ausência ou inadequação à função, o parecer anteriormente citado refere que pode ser nomeado um enfermeiro de cuidados gerais.

Não obstante, e com objetivo de aperfeiçoar competências de liderança acompanhamos a enfermeira gestora e/ou enfermeira adjunta, durante alguns turnos. Tivemos a oportunidade de colaborar na realização de horários de enfermagem, gestão de recursos humanos, plano de férias dos enfermeiros e assistentes operacionais 2022, receção de novos profissionais de enfermagem, elaboração de planos de trabalho e gestão de recursos materiais. Tivemos ainda a oportunidade de acompanhar a enfermeira gestora numa auditoria do PPCIRA ao SMI.

Deste modo, todas estas oportunidades de aprendizagem contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional porque a gestão de conflitos não é tarefa fácil e exige, obrigatoriamente, o desenvolvimento de competências nesta área. Diariamente um chefe é confrontado com situações em que a sua capacidade e habilidade de gerir conflitos é testada. A existência de conflitos é inevitável e muito frequente nas relações interpessoais. O conflito numa situação de trabalho tanto pode ser bom como mau, construtivo ou destrutivo. Consideramos essencial e da responsabilidade de cada profissional reforçar a cultura de assertividade, sobretudo nos enfermeiros chefes no sentido de valorizar os conflitos, direcionando para a inovação, criatividade e benefício comum.

Compete ainda ao enfermeiro gestor, ou enfermeiro responsável de turno a supervisão dos cuidados. É certo, que as instituições de saúde reconhecem que a supervisão clínica é a chave para a qualidade, proteção e segurança dos utentes. Para o profissional confere suporte, satisfação profissional, acompanhamento e desenvolvimento de competências, mas não existe um consenso sobre o conceito e o seu interesse.

Garrido e Simões (2007) afirmam que a supervisão clínica pode ser definida como uma relação profissional baseada na formação, no trabalho e no desenvolvimento de práticas conduzidas por um profissional devidamente qualificado. Incluiu um conjunto de estratégias, dirigidas quer para a pessoa enquanto profissional, quer enquanto grupo profissional, compreendendo *perceptorship*, *mentorship* na supervisão das competências da prática, bem como na promoção e manutenção dos critérios de qualidade.

A supervisão clínica orienta-nos numa visão de responsabilidade, qualidade, inteligência, experiência e empatia, apoiada num pensamento lógico e estratégico, de forma a quem o vê consiga contemplar o que se passou, o que passa e o que passará. Isto implica, uma compreensão integral através de um olhar que vê para além do observado. No entanto, para a compreender, é por vezes necessário desconstruir o problema manifestado para construir o problema existente (Tavares e Alarcão, 2007).

Muitos enfermeiros afirmam que com a supervisão clínica se tornaram mais sensíveis eticamente, relatando, por exemplo, estar mais conscientes das suas responsabilidades profissionais, descrevendo um respeito renovado pelos utentes, e uma maior sensibilidade à sua dignidade (Gonçalves, 2013).

O rácio enfermeiro/ doente é flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes. Sempre que necessário o enfermeiro gestor ou EE com funções de responsável de turno, opta por modelos de distribuição de enfermeiros centrado nas necessidades do doente, na qualidade das respostas e nos resultados (Baixinho, Sousa e Vieira, 2021). Não obstante, o SMI segue a norma de cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, regulamentada no Diário da República com o nº743/2019 pela OE, em que é recomendado os rácios mínimos de 1:1 em camas nível III, com um máximo de 1:2, e de 1:2 em camas de nível II, com um excedente máximo de 1:3. Praticando um horário laboral de 12/12 horas, é assegurado num rácio de 12 horas cuidados de enfermagem de reabilitação especializados, em todos os dias da semana. Em permanência nas 24 horas é assegurado na constituição de cada turno um EE em enfermagem médico-cirúrgica, de preferência na área da PSC. Não obstante o

regulamento anteriormente mencionado afirma ainda que na constituição das equipas das UCI é recomendável que 50% dos enfermeiros sejam especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Quanto às assistentes operacionais é recomendado um rácio não inferior a 1:8, sendo que o SMI cumpre idealmente 1:6 (Paiva [et al.], 2017).

Segundo o PNSD 2021-2026 as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e o tempo considerado clinicamente aceitável, tempo por base a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.

A promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes integrantes da equipa de saúde, bem como uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa visão de melhoria contínua (PNSD 2021-2026).

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde. Internacionalmente, é consensual que a definição do rácio de enfermeiros seguro deva considerar outros aspetos, nomeadamente competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação (Regulamento nº743/2019, OE).

Na atual conjuntura gerir é das tarefas mais difíceis que existem. A chefia intermédia/operacional tem um papel difícil, pois lida diariamente com a operacionalização dos objetivos económicos da organização e com os objetivos dos colaboradores. Potenciar ao máximo a eficiência e minimizar o desperdício obriga a um exercício diário desgastante, mas em simultâneo, desafiador.

Atualmente a evidência científica impera quando é abordado a relação rácio enfermeiro/doente. Em 2016 Macedo [et al.] e Macedo (2017), elaboraram o instrumento *Nursing Activities Score* (NAS), que permite avaliar a carga de trabalho de enfermagem dos enfermeiros numa UCI, na prestação de cuidados diretos e indiretos, decorrentes das suas funções autónomas e interdependentes. No SMI o NAS é calculado às 20h.

A metodologia de trabalho no SMI, é do enfermeiro de referência. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizam que a utilização de metodologias de organização do trabalho é um dos pontos essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Esta metodologia de trabalho, supõe segundo Urden [et al.] 2008, supracitado por Coelho e Rego (2016, p.72):

“a delegação da gestão de cuidados de enfermagem idealmente no EE por possuir competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, bem como de supervisão dos mesmos ou no enfermeiro experiente, considerando que “o processo de enfermagem é um método de tomada de decisões clínica (...) é um modelo de decisão sistemático que é cíclico, não linear... mantendo o controlo de qualidade dos outputs de tomada de decisão”.

Para as autoras supracitadas a experiência da operacionalização desta metodologia de trabalho promove o acompanhamento personalizado do doente e família.

Para Baixinho, Sousa e Vieira (2021) deve-se aproveitar as potencialidades e capacidades já existentes, organizando o serviço para a gestão da doença, aguda ou crónica através da formação. Ou seja, trata-se de (re)centrar a saúde na pessoa e pôr em prática processos que promovam ganhos em saúde e garanta a sustentabilidade do plano de cuidados e segurança do doente internado.

2.4. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação assume hoje um papel primordial como base no desenvolvimento de conhecimentos de qualquer profissão, e a enfermagem não é exceção. A atitude científica é imprescindível para aprofundar o conhecimento de áreas próprias da enfermagem e assim fundamentar cientificamente o seu trabalho. Segundo o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à PSC é fundamental rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializada (OE, 2011).

A enfermagem está a movimentar-se em direção a uma prática baseada na investigação. O processo de utilização da investigação representa um modo de resolução de problemas alargado, e um meio de transformar a investigação numa prática clínica melhorada. A utilização de investigação é um bom ponto de base para uma reflexão crítica sobre UPP, e uma garantia de que a avaliação dos riscos e a prevenção são baseados num estudo válido e de confiança (Morison, 2004).

A investigação em enfermagem interliga-se com as contratualizações hospitalares, assumindo uma importância inquestionável, no sentido de procurar dar respostas às necessidades da saúde das sociedades atuais e possibilitar a tomada de decisões eficazes, que visem a mudança de atitudes, práticas e comportamentos, necessários, para um melhor conhecimento das potencialidades.

Os doentes em estado crítico têm necessidades únicas de prevenção das UPP. Reconhece-se assim, a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão, e a tomada de decisão através de um processo de pensamento, de acordo

com um quadro de referências científicas e técnicas de vanguarda, assegurando-se a qualidade da prestação de cuidados. Deste modo é estrategicamente importante, o ensino e a pesquisa para a avaliação da efetividade, eficiência e segurança das intervenções na área da saúde.

O artigo 9.º, Intervenções dos Enfermeiros do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, do Decreto-Lei nº161/96, p.2961, corrobora com importância da investigação em enfermagem, afirmando que os “enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” e, “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e acessória, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”.

O EE alicerça os “processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento nº140/2019, p.4749).

Em Cuidados Intensivos a dependência das funções mais básicas coloca sobre o enfermeiro que presta cuidados à PSC a responsabilidade de “manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento nº 124/2011, p.8656, 2011).

O risco de UPP é uma realidade numa UCI e a PSC tem necessidades de prevenção e tratamento de UPP específicas (*National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)/ European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)/ Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)*, 2014). UPP é um indicador da qualidade dos cuidados e da segurança do doente e é indicada como um dos objetivos estratégicos delineados pelo Ministério da Saúde, no PNSD 2021-2026, como resposta a orientações europeias sobre segurança no sistema de saúde. Este mesmo plano apresenta como meta para 2026 que “95% de instituições prestadoras de cuidados de saúde com planos de formação anuais multiprofissionais na área da segurança do doente” (Despacho nº9390/2021, p.99) Sendo as UPP um evento adverso na segurança do doente e um foco de atenção para a gestão do risco, estes objetivos estratégicos vêm reforçar a necessidade de avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde e desenvolver programas de formação estruturados, baseados em pilares sólidos e estratificados em função do conhecimento dos profissionais,

Em Portugal, os cuidados e dispositivos de prevenção da UPP representam 11,4 % da investigação de enfermagem na área da UPP (Grupo Associativo de Investigação em Feridas, 2016).

A definição das competências do EE na PSC realça a prevenção de complicações no doente crítico, sendo que a prevenção de UPP deve ser um foco de atenção do EE. Deve ainda ter em atenção a prática baseada em evidência ao longo da vida e ainda formar os seus pares, para que os cuidados de enfermagem se traduzam em ganhos de saúde, qualidade e segurança. O EE “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho: Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, diagnosticando necessidade de formação; gere programas e dispositivos formativos e favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (Regulamento nº140/2019, p.4749).

A NPUAP/EPUAP/PPPIA (2019, p.26) corrobora com nível e evidência B1 que institucionalmente é importante “avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as UPP de forma a implementar programas de formação multifacetados”, quanto à prevenção e tratamento de UPP, bem como de melhoria contínua. É ainda importante fornecer ferramentas de suporte à decisão clínica como parte do plano de melhoria da qualidade na redução de incidência de UPP, nomeadamente o uso de superfícies de apoio.

As guidelines têm fundamentado a importância do conhecimento científico na área da prevenção de UPP, mas diferentes estudos a nível nacional e internacional têm demonstrado falhas no conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde sobre a prevenção de UPP (Menoita e Sousa, 2021).

Neste sentido decidimos no capítulo seguinte desenvolver um estudo investigativo, inserido no SMI, sobre a prevenção de UPP.

**CAPÍTULO II: PERCURSO INVESTIGATIVO: O CONHECIMENTO
DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE MEDICINA
INTENSIVA SOBRE A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR
PRESSÃO**

Este capítulo destina-se a descrever as etapas do processo investigativo. Numa primeira fase iremos fazer um enquadramento teórico com a temática das UPP. Já na segunda fase, descreveremos o percurso metodológico e por fim, na última fase a apresentação, análise e discussão de resultados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No seguinte enquadramento teórico iremos abordar conceitos importantes sobre UPP, desde a sua definição, etiologia, classificação, dados epidemiológicos, fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, às boas práticas na prevenção de UPP.

O NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.14) definem UPP como:

“Lesão localizada da pele e /ou tecido adjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. UPP também estão associadas a vários fatores contribuintes ou de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido”.

A CIPE (OE, 2011, p.88) define UPP como um foco de atenção, descrito como “dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada”.

Os dados epidemiológicos, os custos económicos, o impacto na qualidade de vida da pessoa e família traduzem a magnitude da problemática das UPP (Menoita, 2015). As elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos mantêm-se, sugerindo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento (Pini, 2012).

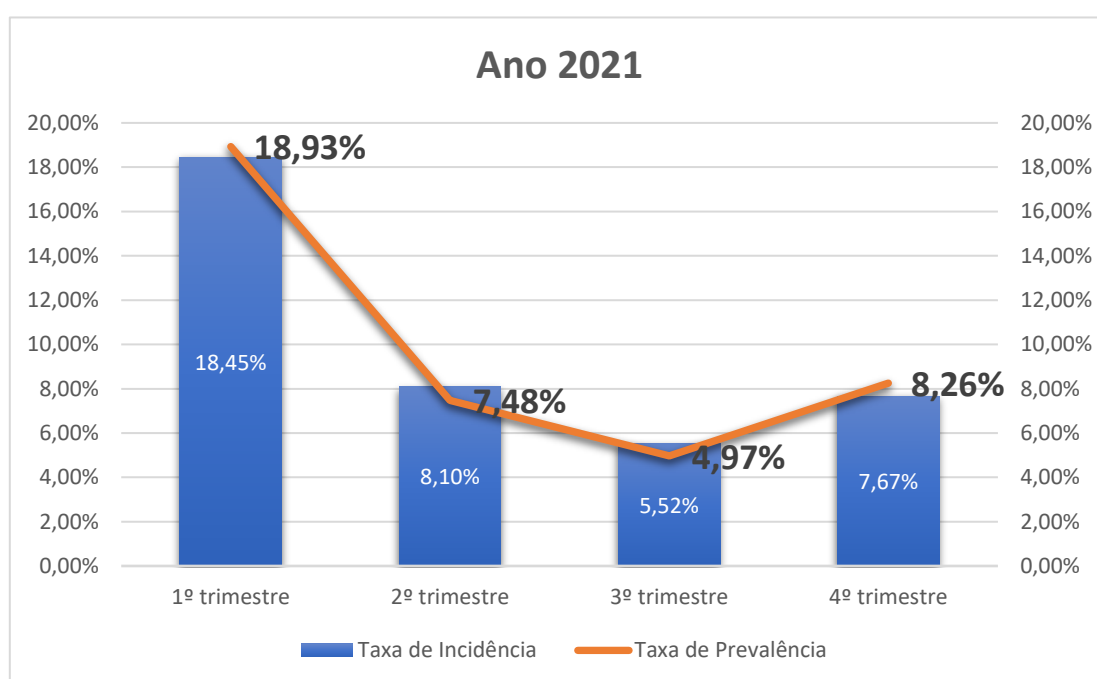
Com o intuito de caracterizar o fenómeno de UPP, no que concerne à eficácia das medidas preventivas em qualquer contexto de cuidados de saúde, a realização de estudos epidemiológicos permite-nos perceber a ocorrência de UPP ao longo do tempo, nomeadamente através do cálculo da taxa de incidência e da taxa de prevalência de UPP (Menoita e Sousa 2021).

A taxa de incidência define-se como “(...) relação entre o número total de novos casos de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem surgidos durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período” (OE, 2007, p.4). Por outro lado, a taxa de prevalência é a “relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período” (OE, 2007, p.5).

Segundo os dados estatísticos fornecidos pelo SMI onde decorreu o estudo, gráfico 1, a taxa de incidência e prevalência de UPP no primeiro trimestre do ano de 2021 é aproximadamente de 19%. É notório o impacto que a pandemia Covid teve nas taxas de incidência e prevalência de UPP no SMI, observando-se números elevados no primeiro trimestre, quando comparado aos restantes. Observa-se ainda que ao longo do ano, as taxas de incidência e prevalência vão diminuindo de uma forma positiva, porém de realçar a crescente subida no 4º trimestre, novamente relacionada com a pandemia Covid.

Gráfico 1: Taxa de incidência e prevalência de UPP no SMI

(Fonte: Dados fornecidos pelo SMI)



No ano de 2022, e no primeiro trimestre, a taxa de incidência de UPP no SMI segundo informação transmitida pelo serviço, é de 8,61%, sendo a taxa de prevalência superior, com um valor de 8,9%.

Para Menoita e Sousa (2021) as UPP adquiridas durante a hospitalização são um preditor independente e significativo do tempo de internamento. Este desempenha um papel crítico na avaliação da taxa de incidência, pois as pessoas com longos períodos de internamento têm maior probabilidade de desenvolver UPP e contribuir para uma taxa mais elevada.

Os primeiros dados epidemiológicos abrangentes reportam-se ao estudo multicêntrico europeu de prevalência de UPP, no ano 2001, e foi conduzido pela EPUAP. Portugal foi

um dos países que colaborou no estudo e observou-se uma prevalência de 12,5% de UPP no país (Alves, 2017).

Um estudo exploratório quantitativo em unidades de internamento, realizado por Rogenski e Kurcgant (2012), descreve que a prevalência geral de UPP em cuidados intensivos é de 63,6%.

Fernandez [et al.], 2014, descrevem que em Espanha a taxa de incidência de UPP em UCI é de 24,2%. Por sua vez, as taxas de prevalência nas UCI dos EUA é de 13,1% e na China 45,3% (Xiaohong [et al.], 2017), e a taxa de incidência varia entre 3,3% em uma amostra em 2 hospitais na Alemanha, e 53,4% em hospitais de ensino chineses.

Em 2021, Labeau [et al.] publicou um estudo, denominado DecubICUs, no qual tinha como objetivo determinar a prevalência de UPP em doentes em UCI. O estudo incluiu 1117 UCI de 90 países. A maioria eram unidades médico-cirúrgicas mistas e associadas a hospitais Universitários. O estudo identificou 6747 UPP em 3526 doentes. Destas 3997 UPP foram adquiridas nas UCI. Os locais anatómicos com maior incidência de UPP, dizem respeito à região da sacrococcígea (37%) e calcanhares (19,5%).

No relatório anual do “Programa de Melhoria Contínua - Prevenção e Monitorização de UPP” 2017-2018, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve na Unidade de Portimão/Lagos, Sequeira [et al.], 2019, descrevem que em 2018 a taxa de prevalência de UPP na UCI é de 16,03%.

Morais (2015) e Sousa (2012) no seu estudo, referem que a taxa de incidência de UPP em Portugal na PSC em UCI é de 11,4% e 16,7%. Apostolopoulou [et al.] (2014), afirmam que quando o doente se encontra internado numa UCI a taxa de incidência de UPP é 13% superior comparativamente a outras valências hospitalares, o que pode ser explicado devido a diversos fatores de risco na PSC.

Morais (2015), no seu estudo pretendia analisar fatores determinantes da incidência e analisar fatores determinantes da prevalência de UP na PSC, numa UCI. Para o efeito, desenvolveu um estudo descritivo-correlacional, retrospectivo, que analisou uma amostra sequencial de 1014 admissões numa UCI Polivalente no norte de Portugal. A prevalência de UPP foi de 19,3% com predomínio na região anatómica do sacro (51,5%) e de categoria II (35%), seguindo-se o calcanhar com 9,6%, nariz com 6,9%, nádega com 6,1% e trocânter com 5%. A taxa de incidência foi de 11,4%, sendo a localização anatómica mais frequente das UPP também no sacro (50,3%) e de categoria II (38,4%), demorando em média $7,32 \pm 6,915$ dias para se desenvolver a primeira UPP na UCI. O risco de desenvolvimento de UPP, avaliado pela Escala de Braden na admissão, foi de $11,14 \pm 2,872$.

O mesmo autor, constatou que existe uma relação estatisticamente significativa entre o sexo masculino e o desenvolvimento de UPP, assim como entre a maior gravidade da doença, analisada pelo valor do APACHE II na admissão, e o seu desenvolvimento.

Morison (2004), afirma que os mecanismos que conduzem ao processo de lesão são evidentes a partir da literatura pelo menos, três processos patológicos:

- Oclusão do fluxo sanguíneo cutâneo e consequente dano devido à reperfusão abrupta do leito vascular isquêmico;
- Dano endotelial das arteríolas e da microcirculação devido à aplicação de forças de rutura e deslizamento;
- Oclusão direta dos vasos sanguíneos pela pressão externa durante o período prolongado, resultando em morte tecidual.

Segundo o mais recente guia de orientação clínica internacional para a prevenção e tratamento de UPP da NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014), a UPP classifica-se em:

➤ **Categoria/Grau I: Eritema não Branqueável:** “Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada geralmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento, a sua cor pode ser diferente da pele circundante. Comparativamente ao tecido adjacente, a área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria.”

➤ **Categoria/ Grau II: Perda Parcial da Espessura da Pele:** “Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem tecido desvitalizado ou equimose”

➤ **Categoria/ Grau III: Perda total da Espessura da Pele:** “Perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Podem ser cavidades e fistulizadas”.

➤ **Categoria/ Grau IV: Perda total da Espessura dos Tecidos:** “Perda total da espessura dos tecidos, com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado e/ou tecido necrótico. Geralmente são cavidades e fistuladas. A profundidade de uma UPP desta categoria pode variar de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não possuem tecido subcutâneo e estas úlceras podem ser superficiais. Podem atingir músculo e/ou estruturas de suporte (fáscia, tendão ou cápsula articular) havendo possibilidade de ocorrer osteomielite ou osteíte. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável.”

➤ **Não Graduáveis/ Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada:** “Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado e/ou necrótico no leito da ferida. Até que seja removido tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e, por conseguinte, a verdadeira Categoria/Grau, não podem ser determinados. Um tecido

necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “penso (biológico) natural” e não deve ser removido.”

➤ **Suspeita de Lesão nos Tecidos Profundos:** Profundidade Indeterminada - “Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flitena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento. A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente.”

Menoita (2015) vem reforçar que não se deve proceder à classificação inversa, dado que se a ela recorrer implica que se está a assumir que as UPP, por exemplo, com destruição total da pele, cicatrizam por reposição das mesmas camadas estruturais de tecido corporal perdido. Os estudos clínicos indicam que à medida que as UPP de categoria IV cicatrizam para profundidades progressivamente mais superficiais, estas não repõem o músculo, o tecido subcutâneo e a derme antes de repitelizarem, mas são compostos por tecido conjuntivo rico em células endoteliais, fibroblastos, colagénio e matriz extracelular.

Desta forma, a classificação por categorias serve apenas para classificar a profundidade dos tecidos lesados e não para monitorizar a evolução da cicatrização.

Determinar o nível de risco é relevante para Menoita (2015). Este cruza-se diretamente com a tomada de decisão do enfermeiro. É fundamental identificar as pessoas em risco de desenvolver UPP e os fatores específicos do risco. Para NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.15) “não existe nenhuma abordagem universalmente aceite como sendo a melhor abordagem para a realização de uma avaliação do risco”. Não obstante, o consenso de especialistas sugere que esta abordagem seja “estruturada” com o objetivo de facilitar a análise dos principais fatores de risco. Assim sendo, identificar as pessoas em risco de desenvolver UPP é o primeiro fator na sua prevenção, pois permite identificar as que necessitam de medidas de prevenção, bem como os fatores de risco específicos que as colocam em situação de risco e implementar medidas preventivas. O uso de escalas de avaliação do risco de UPP e o juízo clínico são fundamentais na avaliação de risco de desenvolvimento e na sua estratificação (Menoita e Sousa, 2021).

A suscetibilidade individual para o desenvolvimento de UPP depende da atuação de fatores extrínsecos que se associam com alterações da perfusão tecidual resultante de fatores intrínsecos.

NPUAP/EPUAP/PPPIA (2019) enumeram como fatores intrínsecos a: imobilidade, diminuição da tolerância tecidual, alterações cutâneas, hipotensão, perfusão tecidual,

sensibilidade reduzida, dor, idade, incontinência e percepção sensorial alterada. Não obstante, as UPP na sua maioria, são causadas por fatores extrínsecos, como sejam: pressão, cisalhamento / torção, fricção / atrito e microclima. Destes fatores, o mais relevante é a pressão, mas quando combinados tornam-se extremamente ofensivos para a pele e tecidos, contribuindo para aumentar a extensão da lesão.

As *guidelines* de 2019, NPUAP/EPUAP/PPPIA, reforçam ainda que no doente crítico deve-se considerar o impacto de fatores de risco adicionais no risco de desenvolvimento de UPP: duração do estado crítico; ventilação mecânica; uso de terapêutica vasopressora; *Score* APACHE II; redução da oxigenação; desnutrição/má nutrição; alteração de valores analíticos e sanguíneos.

Morais (2015) acrescenta que existe uma relação estatística entre a baixa hemoglobina, o baixo valor de proteínas séricas, e a hipoalbuminémia com o desenvolvimento de UPP na PSC, dando desta forma relevo à importância dos valores analíticos. Verificou ainda uma relação estatística entre elevados valores de proteína C reativa e o desenvolvimento de UPP. Relativamente à medicação vasopressora, a relação estatística entre o tempo de administração de noradrenalina e o desenvolvimento de UPP na UCI ficou provado, porém não se verificou em relação ao tempo de administração de dopamina.

A NPUAP/EPUAP/PPPIA (2019), reforçam o que anteriormente foi descrito por Moraes, afirmando que considerar o impacto da alteração dos valores analíticos e sanguíneos no risco de desenvolvimento de UPP, bem como o impacto da circulação e perfusão reduzida tem um nível de evidência C, sendo fortemente recomendado.

O papel do EE na PSC passa por identificar objetivamente estes riscos e munir-se de conhecimentos, métodos e práticas que possam contribuir para evitar estas complicações. Não deve, após estratificação do risco, cingir-se ao valor identificado na escala de avaliação, mas sim propor intervenções associadas a cada um dos domínios de avaliação que se encontram alterados. Aqui o conhecimento baseado na evidência destaca-se na medida em que a sua implementação se traduzirá em ganhos em saúde.

Se forem utilizados instrumentos de avaliação do risco, a utilização de fatores adicionais (a perfusão, condição da pele, oxigenação, etc) devem ser considerados como parte integrante de uma avaliação completa, independentemente como a avaliação do risco esteja estruturada ou validada, o juízo clínico é essencial (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

Uma nutrição adequada no doente crítico pode ser um dos pontos chave para a manutenção da integridade cutânea e tolerância a forças externas. As *guidelines*

internacionais de prevenção de UPP de 2019 reforçam que é cientificamente recomendado desenvolver e implementar uma abordagem nutricional individualizada para todas as pessoas com UPP ou risco de a desenvolver, que se encontrem desnutridos, ou em risco de desnutrição. Ainda neste sentido, NPUAP/EPUAP e PPPIA, (2019) realça a avaliação do risco-benefício da nutrição entérica ou parentérica, tendo em conta os objetivos dos cuidados para o tratamento de UPP e quando a alimentação oral não for suficiente, apesar das intervenções utilizadas.

Embora muitas diretrizes recomendem que o doente acamado e em risco de desenvolver UPP deve ser posicionado, surgem ainda muitas questões por responder acerca da efetividade desta prática, nomeadamente quando existe instabilidade hemodinâmica no doente internado no SMI. Desta forma, as superfícies de apoio, surgem como um apoio na tomada de decisão autónoma do enfermeiro.

As superfícies de apoio são dispositivos especializados para a redistribuição de pressão concebidas para gestão de cargas tecidulares, microclima e/ou outras funções terapêuticas. Estas não anulam a necessidade de posicionamento frequente em diferentes decúbitos. Podem ser classificadas em dinâmicas/ativas ou estáticas/reativas (Menoita e Sousa, 2021).

As superfícies de apoio dinâmicas caracterizam-se pela variação da pressão através de meios mecânicos, reduzindo a duração da pressão aplicada em pontos diferentes do corpo. Não é recomendável a utilização de superfícies de apoio de pressão alterna (colchões ou colchões de sobreposição) com células pequenas (diâmetro inferior a 10cm), pois estas não conseguem insuflar ar suficiente, capaz de assegurar o alívio de pressão sobre células que se encontram desinsufladas. As estáticas/reativas reduzem a pressão pela redistribuição da carga sobre uma maior área do equipamento, isto é, aumento da superfície de contacto. Têm capacidade de imersão (sem *bottoming out*, ou seja, sem afundamento) e de envolvimento. As superfícies de apoio estáticas podem ser constituídas por ar, espumas de poliuretano, espumas de poliuretano viscoelásticas, microcâmulas de silicone, gel sólido ou polímeros de proteção (Menoita e Sousa, 2021).

As autoras supracitadas acrescentam que quando se utilizam pensos secundários como forma de proteção das proeminências ósseas, é fundamental a monitorização regular da condição da pele, pelo que a utilização de ligaduras é contraproducente. O ideal são espumas de poliuretano multicamadas, não adesivas, com interface de silicone, de modo a evitar *skin stripping* na remoção do penso.

A segurança dos doentes é atualmente reconhecida como um componente importante da qualidade. Segundo Barroso, Sales e Ramos (2021), a segurança do doente é um

aspecto central na prática clínica e um elemento-chave na garantia de sistemas de saúde eficientes. A prestação de cuidados de saúde, traduz uma complexidade e elevada imprevisibilidade, isto é, é suscetível à ocorrência de incidentes que podem conduzir a resultados negativos com danos para os doentes, bem como para o desempenho e credibilidade das instituições de saúde. A segurança integra uma das dimensões da qualidade em saúde e pode ser definida como a capacidade para atingir os objetivos desejados, tendo em consideração o bem-estar do doente e a sua maximização, depois de este tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas várias fases do processo de prestação de cuidados de saúde.

Os ganhos em saúde provêm da melhoria da qualidade dos cuidados, que se baseia na criação de um sistema que aposte na formação dos profissionais, na inovação tecnológica, na melhoria dos procedimentos e na disponibilização de meios de monitorização da efetividade (Menoita e Sousa, 2021).

A promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas, com uma abordagem sistemática, contínua e promotora da segurança e cultura da segurança (Despacho n.º 9390/2021).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

A fase metodológica do processo de investigação compreende a escolha do método a utilizar para dar resposta à questão e problemática a investigar. Assim, depois de definida e desenvolvida a problemática, segue-se uma descrição do percurso metodológico a adotar. A metodologia, segundo Vilelas (2017, p.21) “define-se como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”.

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO

Ao longo do nosso ENP confrutámo-nos com várias inquietudes sobre as práticas de prevenção de UPP no SMI. Sendo um investigador com um interesse pela área de viabilidade tecedular, pretendemos conhecer melhor o fenómeno em estudo e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e ganhos em saúde. Deste modo, surgiram várias interrogações que culminaram na questão de investigação: **“Qual o conhecimento dos enfermeiros de um SMI sobre prevenção de UPP?”** Para Fortin (1999, p.51), esta é “um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Este estudo tem como finalidade contribuir com ganhos em saúde no doente internado no SMI reconhecendo a importância do conhecimento sobre prevenção de UPP na qualidade do exercício profissional autónomo do enfermeiro.

Para delimitar a investigação é necessário definir claramente os objetivos a que a mesma se propõe, convencidos de que serão enunciados apenas aqueles que são possíveis de atingir (Vilelas, 2017). Um objetivo é um enunciado que determina o que o investigador pretende fazer no decorrer da sua investigação (Fortin, 1999). Neste sentido, de modo a delimitar e clarificar o estudo, este tem como objetivo geral:

- **Analisar o conhecimento dos enfermeiros de um SMI, sobre a prevenção de UPP.**

Assim sendo, definem-se como objetivos específicos:

- Descrever o conhecimento dos enfermeiros de um SMI sobre a **classificação e observação** de UPP;
- Descrever o conhecimento dos enfermeiros de um SMI sobre a **etiologia e desenvolvimento** de UPP;

- Descrever o conhecimento dos enfermeiros de um SMI sobre a **nutrição** na prevenção de UPP;
- Descrever o conhecimento dos enfermeiros de um SMI sobre a importância da **avaliação do risco de UPP** na tomada de decisão;
- Descrever o conhecimento dos enfermeiros de um SMI sobre a importância da **aplicação de medidas preventivas**, na área de prevenção de UPP.

2.2. DESENHO DO ESTUDO

Para Fortin (2009), o desenho do estudo é um plano realizado com uma sequência lógica que tem como finalidade responder à questão de investigação e objetivos formulados.

A metodologia, segundo Vilelas (2017, p.21) “define-se como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. A investigação obriga a um constante exercício de introspeção e reflexão sobre como visualizar aspetos particulares do mundo que nos rodeia, a aplicação de normas pré-estabelecidas que nos são indicadas pela metodologia e alguma criatividade e liberdade de pensamento do investigador (Ibidem).

No presente estudo utilizamos uma **metodologia quantitativa, através de um estudo descritivo, exploratório**.

O método de investigação quantitativo é “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis” (Fortin, 1999, p.22). O investigador segue uma sequência de etapas ordenadas visando a objetividade, predição, controlo e generalização (Fortin, 2006).

Os estudos descritivos/exploratórios descrevem um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, ou uma amostra desta, de modo a estabelecer as suas características. (Fortin, 2006).

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2009, p.69), a população é “um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns”, sendo a população alvo o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de inclusão previamente definidos pelo investigador. Neste estudo os indivíduos intervenientes designam-se participantes, sendo que proporcionam a informação necessária à investigação e são ativos no desenvolvimento da mesma.

Para analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção de UPP, escolhemos uma amostra será probabilística (por conveniência ou intencional) e heterogénea, sendo que os participantes escolhidos para este estudo são os enfermeiros que obedecem aos seguintes **critérios de inclusão: I) Enfermeiros que exerçam funções no SMI; II) Enfermeiros que prestem cuidados diretos ao doente crítico;**

Não sendo possível estudar a totalidade da população alvo, estuda-se a população acessível, ou seja, a que está presente no período em que decorre a colheita de dados e que responde aos critérios de inclusão definidos para este estudo.

Os **critérios de exclusão foram: a) Enfermeiros que não prestem cuidados ao doente crítico; b) Enfermeiros que se encontrem de atestado médico no período de recolha de dados.**

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão a amostra total de participantes foi de 61 enfermeiros.

2.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Para a recolha de dados sobre o conhecimentos dos enfermeiros sobre a prevenção de UPP foi efetuado um questionário (apêndice F) constituído por uma pequena nota introdutória ao diagnóstico de situação e também quais as finalidades do estudo, seguindo de 5 páginas com 29 questões de escolha múltipla que constituem a escala PUKAT, escala elaborada por Beeckman [et al.] (2010), e utilizada para avaliar os conhecimentos do enfermeiros no SMI sobre a prevenção de UPP. Esta escala foi traduzida e validada para a língua Portuguesa por Batista em 2012, na sua Tese de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidular, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.

As 29 questões da escala PUKAT foram elaboradas com base nas evidências científicas da literatura e nas *guidelines* internacionais. Desta forma, a PUKAT engloba 6 grandes áreas na prevenção da UPP: etiologia/desenvolvimento da UPP; observação e classificação; nutrição; avaliação do risco; prevenção da magnitude e duração de pressão/forças de torção. O número de respostas de opção múltipla tem por base a relevância de cada questão, sendo que a cada questão corresponde uma opção correta.

Os questionários foram aplicados entre os meses de agosto 2021 e janeiro de 2022, com interrupção entre setembro 2021 a novembro de 2021, por efeitos de paternidade.

Para análise e tratamento de dados foi construída uma base de dados no software informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0, onde foram inseridos os questionários. Recorreu-se a uma análise descritiva com cálculo da frequência absoluta por cada questão, bem como a média.

2.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A realização de qualquer pesquisa implica a avaliação de questões éticas e morais por parte do investigador, este deve salvaguardar todas as considerações éticas que poderão entrar em conflito com a investigação interferindo assim com o rigor da mesma (Vilelas, 2017).

Dado que o estudo se centra nos enfermeiros, “é importante tomar todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam na Investigação” (Fortin, 1999, p. 116). Neste sentido, e durante toda a investigação é absolutamente necessário assegurar a proteção dos direitos dos participantes no estudo, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ao tratamento justo e legal. Assim, os princípios de beneficência e justiça são respeitados.

Foi efetuado um pedido de autorização à Comissão de Ética da Instituição Hospitalar para a realização do estudo, ao diretor clínico e enfermeira chefe do referido serviço. Dia 4 de agosto de 2021 obtive a resposta positiva do Conselho de Ética Hospitalar (anexo V).

O princípio legal que dá garantia aos procedimentos de proteção dos direitos humanos básicos é o Consentimento Informado, na sua forma livre e esclarecida, que permite ao participante decidir se pretende ou não participar na pesquisa, sem indução indevida, engano ou coerção, devendo ainda a mesma ser na forma escrita, datada e assinada, este princípio legal estabelece o dever de informação (Vilelas, 2017). Foi apresentado a todos os participantes um consentimento informado escrito (apêndice G) elaborado de acordo com modelo disponível no site da Administração Regional de Saúde do Norte que está formulado tendo por base a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Este encontrava-se duplicado sendo um para o investigador e outro para o participante. A aplicação dos questionários decorreu num local calmo e com privacidade, na data e hora acordada com os enfermeiros que participaram no estudo. Toda a informação recolhida foi utilizada apenas para fins académicos e não existe previsão de danos para os participantes.

O anonimato dos questionários foi preservado através da codificação dos mesmos, da atribuição de um código numérico a cada um mediante a sua ordem de entrada na pesquisa, sendo que o primeiro participante será identificado com Q1, o segundo Q2, e assim sucessivamente. Os questionários foram recolhidos em envelope fechado e os dados armazenados no computador pessoal do investigador que dirige o estudo.

Para a utilização da versão validada para português da escala PUKAT neste estudo, foi pedida a devida autorização, neste caso por via email, a qual foi aceite positivamente por Batista (anexo VI).

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentamos de seguida os resultados da escala PUKAT pelas áreas de conhecimento: Etiologia e desenvolvimento de UPP; Classificação e Observação; Avaliação do Risco, Nutrição e Medidas preventivas (redução da quantidade de pressão e forças de torção, bem como redução da duração da pressão e forças de torção. A distribuição das respostas pelas áreas de conhecimento são apresentadas em tabela, com respetiva análise descritiva. A resposta certa encontra-se sombreada a verde.

A distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à **etiologia e desenvolvimento de UPP** encontra-se expressa na tabela 4. A nutrição foi identificado como o fator major para o desenvolvimento de UPP (63,93%). Segue-se a falta de oxigénio com 18% e a humidade com 16%. Existe ainda falta de conhecimento sobre as forças externas envolvidas na etiologia das UPP, sendo que 49,18% descrevem que a fricção aumenta quando a pele adere à superfície, quando o doente se encontra numa posição semi-sentada (60º) e escorrega. Por outro lado, 26,23% dos enfermeiros afirmam que um doente obeso tem maior risco de UPP e de desenvolver uma perturbação vascular, quando comparado a um doente emagrecido.

Relativamente aos cuidados à pele, 6,56% afirmam que o sabão tem potencial para desidratar a pele, e portanto, aumenta o risco de UPP.

Os enfermeiros (29,51%) afirmam que não existe uma relação entre o risco de UPP e a idade do doente.

Tabela 4: Distribuição das respostas: Etiologia e Desenvolvimento de UPP

P1: Qual das afirmações está correta?		
	Frequência	% Respostas certas
a - A má nutrição provoca úlceras de pressão.	39,00	63,93
b - Uma falta de oxigénio provoca úlceras de pressão.	11,00	18,03
c - A humidade provoca úlceras de pressão.	10,00	16,39
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

P2: Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver úlceras de pressão do que pacientes obesos.		
	Frequência	% Respostas
a - Correto. A área de contacto envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior.	43,00	70,49
b - Incorreto. A pressão é menor porque o peso corporal desses pacientes é inferior ao peso corporal dos pacientes obesos.	2,00	3,28
c - Incorreto. O risco de desenvolvimento de uma perturbação vascular é maior nos pacientes obesos. O que aumenta o risco de desenvolver uma úlcera de pressão.	16,00	26,23
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

P3: O que acontece quando um doente, sentado numa posição semi-sentada (60º), escorrega?	Frequência	% Respostas
a - A pressão aumenta quando a pele adere à superfície.	5,00	8,20
b - A fricção aumenta quando a pele adere à superfície.	30,00	49,18
c - A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície.	26,00	42,62
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

P4: Qual das afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - O sabão pode desidratar a pele e, portanto, aumenta o risco de úlceras de pressão.	4,00	6,56
c - A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície.	37,00	60,66
b - A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão.	16,00	26,23
Em Branco	4,00	6,56
Total	61,00	100,00

P5: Qual das afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de úlceras de pressão.	53,00	86,89
b - Doentes muito obesos que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não correm risco de desenvolver úlceras de pressão.	3,00	4,92
c - A má nutrição e a idade não têm impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem um peso normal.	5,00	8,20
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

P12: NÃO existe uma relação entre o risco de úlcera de pressão e:	Frequência	% Respostas
a - A idade.	18,00	29,51
b - A desidratação.	4,00	6,56
c - A hipertensão.	39,00	63,93
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

Resposta correta

Nº total de respostas em branco: 5

Na tabela 5 podemos observar a distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à **classificação e observação de UPP**. Destaca-se pela positiva o facto de os enfermeiros reconhecerem os riscos de ocorrência de forças externas durante o posicionamento do doente no leito (80,33%, n=49). Por outro lado, reconhecem as áreas anatómicas onde podem surgir mais lesões (70,49%).

Não obstante, verifica-se que não existe consenso clínico sobre a classificação das UPP entre os enfermeiros responsáveis pela classificação das UPP. Por outro lado, existe défice de conhecimento na observação e inspeção da pele em risco de desenvolvimento de UPP, bem como no diagnóstico diferencial. Uma flictena no calcanhar é sempre uma UPP categoria 2 para 39,43% dos enfermeiros. Por outro lado, 9,84% afirma ainda existir perda de camada cutânea na UPP categoria 1, 2, 3 e 4.

Tabela 5: Distribuição das respostas: Classificação e Observação

P6: Qual das afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - Uma úlcera de pressão que se estenda até à fáscia é uma úlcera de pressão de categoria 3.	35,00	57,38
b - Uma úlcera de pressão que se estenda através da fáscia subjacente é uma úlcera de pressão de categoria 3.	14,00	22,95
c - Uma úlcera de pressão de categoria 3 é sempre precedida por uma úlcera de pressão de categoria 2.	11,00	18,03
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

P7: Qual das afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - Uma flictena no calcanhar de um paciente é sempre uma úlcera de pressão de categoria 2.	24,00	39,34
b - Todas as categorias (1,2,3 e 4) de úlceras de pressão envolvem perda de camadas cutâneas.	6,00	9,84
c - Quando ocorre necrose, trata-se de uma úlcera de pressão de categoria 3 ou 4.	31,00	50,82
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

P8: Um doente desenvolve uma flictena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - A lesão cutânea é uma úlcera de pressão categoria 1.	12,00	19,67
b - A lesão cutânea é uma úlcera de pressão categoria 2.	34,00	55,74
c - A lesão cutânea não é uma úlcera de pressão.	14,00	22,95
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

P9: Qual das afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama.	49,00	80,33
b - Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão de fricção.	5,00	8,20
c - Uma úlcera geminada é provocada pela pressão e pela força de torção.	5,00	8,20
Em Branco	2,00	3,28
Total	61,00	100,00

P10: Numa posição sentada, é mais provável que as úlceras se desenvolvam:	Frequência	% Respostas
a - Na área pélvica, cotovelo e calcanhar.	43,00	70,49
b - Joelho, tornozelo e anca.	3,00	4,92
c - Anca, ombro e calcanhar.	15,00	24,59
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

P11: Qual das afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - Todos os doentes que corram risco de desenvolver úlceras de pressão deveriam ser alvo de inspeção cutânea sistemática uma vez por semana.	0,00	0,00
b - A pele de doentes sentados numa cadeira, que não se possam mexer a si próprios, deveria ser inspeccionada a cada duas a três horas.	51,00	83,61
c - Os calcanhares de doentes deitados numa superfície que redistribua a pressão deveriam ser observados, no mínimo, uma vez por dia.	9,00	14,75
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

Resposta correta

Nº total de respostas em branco: 5

O item da **Avaliação do risco** de desenvolvimento de UPP obteve o score de conhecimento mais alto, com 74,59% de respostas certas.

Os enfermeiros (86,89%) reconhecem a importância do uso de escalas de medidas e de uma abordagem estruturada para a avaliação do risco, refinada pelo juízo crítico e suportada pelo conhecimento dos principais fatores de risco.

Por outro lado, os mesmos profissionais demonstram estar alerta para risco de incidência de novas UPP em doentes com historial de UPP (62,30%).

É reconhecido ainda a potencialidade dos pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de UPP (22,95%, n=14).

A tabela 6 descreve a distribuição das respostas dos enfermeiros no item: Avaliação do Risco.

Tabela 6: Distribuição das respostas: Avaliação do Risco

P13: Qual das afirmações está correta?		
	Frequência	% Respostas
a - As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção.	4,00	6,56
b - A utilização de escalas de avaliação do risco reduz o custo da prevenção.	3,00	4,92
c - Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica.	53,00	86,89
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

P14: Qual das afirmações está correta?		
	Frequência	% Respostas
a - O risco de desenvolvimento de UPP deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio.	8,00	13,12
b - Devem ser utilizados pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.	14,00	22,95
c - Um doente com um historial de UPP corre um risco maior de desenvolvimento de novas UPP.	38,00	62,30
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

Resposta correta

Nº total de respostas em branco: 2

A tabela 7 identifica a distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à **Nutrição**. Verifica-se que a maioria dos enfermeiros se encontra atento às questões relacionadas com a Nutrição na prevenção de UPP. Cerca de 91,80% dos enfermeiros afirma que a otimização da nutrição pode melhorar o estado físico dos doentes, contribuindo desta forma para a redução do risco de lesão. Não obstante, reside ainda a ideia de que a deficiência proteica é diretamente proporcional ao desenvolvimento de UPP (42,62%).

Tabela 7: Distribuição das respostas: Nutrição

P15: Qual das afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - A má nutrição provoca úlceras de pressão.	2,00	3,28
b - A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas.	1,00	1,64
c - A otimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão.	56,00	91,80
Em Branco	2,00	3,28
Total	61,00	100,00
P16: Os doentes com um mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque:	Frequência	% Respostas
a - A má nutrição coincide frequentemente com outros fatores, como atividade restrita e movimentos espontâneos limitados.	20,00	32,79
b - A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão.	26,00	42,62
c - A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão.	13,00	21,31
Em Branco	2,00	3,28
Total	61,00	100,00

Resposta correta

Nº total de respostas em branco: 4

A distribuição de respostas ao item **Medidas preventivas, redução de quantidade de pressão e forças de torção** encontra-se detalhado na tabela 8. Constatamos que foi o item com maior dificuldade para os enfermeiros, evidenciando pontuação mais baixas. Desta forma, as lacunas e a diversidade de opiniões dos enfermeiros relativo ao posicionamento (intervenção autónoma do enfermeiro) correto dos doentes é uma realidade, o que interfere diretamente na segurança do doente internado, quando o foco de atenção é a prevenção de UPP.

Observa-se que 70,49% dos enfermeiros têm dificuldade em correlacionar o risco da posição de sentado com a pressão de contacto entre o corpo e a superfície. Por outro lado, 22,95% não reconhecem a importância da posição sentado no esquema de reposicionamento dos doentes.

A gestão de superfícies de apoio é outra das lacunas observadas. Quando um doente desliza no cadeirão, 11,48% dos enfermeiros opta por utilizar uma almofada de espuma em forma de argola para a redução da magnitude das forças externas. Já 80,33% dos enfermeiros aplicaria uma almofada de gel. Apenas 6,56% utilizaria uma almofada de ar espessa.

Os enfermeiros demonstram ainda desconhecimento sobre características importantes na escolha de uma superfícies de apoio. Afirmam que uma almofada viscoelástica deve ser utilizada para doentes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira (73,77%). Já 16,39% optava por uma superfície de apoio em forma de argola ou anel para sentar de forma estável um doente.

Outra questão importante é o facto de os enfermeiros não demonstrarem concordância nos horários de reposicionamento dos doentes quando lhes é aplicada uma superfície de apoio. Cerca de 34% dos enfermeiros afirma que quando um doente possuiu um colchão visco-elástico deve ser posicionado de 4 em 4 horas. No entanto, 62,30% já apresentam uma padrão de reposicionamentos com intervalos inferiores, isto é, a cada 2 horas.

Importante destacar que 49,18% dos enfermeiros reconhece a importância da elevação dos calcanhares do doente no leito, independentemente da superfície de apoio. Já 47,54% opta por analisar características da superfície de apoio como por exemplo o *bottoming out*, não priorizando a elevação dos calcanhares.

**Tabela 8: Distribuição das respostas de medidas preventivas:
Redução de quantidade de pressão e forças de torção**

P17: A posição sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:	Frequência	% Respostas
a - Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés.	19,00	31,15
b - Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão.	24,00	39,34
c - Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés.	17,00	27,87
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

P18: Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de úlcera de pressão?	Frequência	% Respostas
a - Posição supina - lado em posição lateral de 90° - posição supina - posição lateral de 90° - posição supina.	7,00	11,48
b - Posição supina - lado em posição lateral de 30° - la do em posição lateral de 30° - posição supina.	14,00	22,95
c - Posição supina - lado em posição lateral de 30° - posição sentada - posição lateral de 30° - posição supina.	38,00	62,30
Em Branco	2,00	3,28
Total	61,00	100,00

P19: Qual das afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira.	44,00	72,13
b - Numa posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90 graus com a cama.	6,00	9,84
c - Numa posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90 graus com a cama.	10,00	16,39
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

P20: Se um doente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude da pressão no assento pode ser mais reduzida através de:	Frequência	% Respostas
a - Uma almofada de ar espessa.	4,00	6,56
b - Uma almofada de espuma em forma de argola.	7,00	11,48
c - Uma almofada de gel.	49,00	80,33
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

P21: Qual das afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - As almofadas em argola ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.	10,00	16,39
b - Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.	5,00	8,20
c - Uma almofada de espuma visco-elástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.	45,00	73,77
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

P22: Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica.	Frequência	% Respostas
a - Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com reposicionamento.	2,00	3,28
b - Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 2 horas.	38,00	62,30

c - Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 4 horas.	21,00	34,43
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

P23: Uma desvantagem de um colchão de água assenta em:	Frequência	% Respostas
a - A força de torção nas nádegas aumenta.	12,00	19,67
b - A pressão nos calcanhares aumenta.	6,00	9,84
c - Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos.	42,00	68,85
Em Branco	1,00	1,64
Total	61,00	100,00

P24: Quando um doente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão:	Frequência	% Respostas
a - A elevação dos calcanhares não é necessária.	2,00	3,28
b - A elevação dos calcanhares é importante.	30,00	49,18
c - Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (bottoming out), pelo menos duas vezes por dia.	29,00	47,54
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

Resposta correta

Nº total de respostas em branco: 7

Relativamente ao último item da escala PUKAT, **Medidas preventivas: Redução de duração de pressão e forças de torção (tabela 9)**, os enfermeiros mantêm níveis de conhecimentos baixos relativos à redução da duração de pressão e das forças de torção, sendo que muitas das respostas erradas interligam-se com o item anterior da escala, demonstrando dificuldades dos enfermeiros em diferenciar conceitos como “duração da pressão” e “quantidade da pressão”.

Por outro lado, é reforçada a necessidade de formação dos enfermeiros nas medidas preventivas, desde posicionamento correto e superfícies de apoio. Não obstante, 54,10% dos enfermeiros já focalizam a necessidade de elevação dos calcanhares, o que não se verificou no item da redução da quantidade de pressão e forças de torção da tabela 8.

Cerca de 39% dos enfermeiros refere que para prevenir UPP, as áreas de risco devem ser massajadas. Já 6.56% dos enfermeiros acrescenta que deve ser aplicado pomada

de óxido de zinco. Desta feita é notório a desatualização da formação destes profissionais na área de prevenção de UPP.

A tabela 9 detalha a distribuição das respostas ao item medidas preventivas: Redução de duração de pressão e forças de torção.

**Tabela 9: Distribuição das respostas de medidas preventivas:
Redução de duração de pressão e forças de torção**

P25: O reposicionamento é um método preventivo preciso porque...	Frequência	% Respostas
a - A magnitude da pressão e da força de torção serão reduzidas.	4,00	6,56
b - A quantidade e duração da pressão e da força de torção serão reduzidas.	24,00	39,34
c - A duração da pressão e da força de torção serão reduzidas.	33,00	54,10
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

P26: Serão menos os doentes a desenvolverem uma úlcera de pressão se...	Frequência	% Respostas
a - A magnitude da pressão e da força de torção serão reduzidas.	4,00	6,56
b - As áreas em risco forem massajadas.	24,00	39,34
c - Se mobilizarem os pacientes.	33,00	54,10
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

P27: Qual das seguintes afirmações está correta?	Frequência	% Respostas
a - Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser reposicionados a cada duas horas.	19,00	31,15
b - Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de ar alternado deveriam ser reposicionados a cada 4 horas.	13,00	21,31
c - Os doentes em risco, que estejam deitados num colchão de espuma visco-elástica deveriam ser reposicionados a cada 2 horas.	29,00	47,54
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

P28: Quando um doente está deitado num colchão de ar de pressão alternada, a prevenção de úlceras de pressão nos calcanhares inclui:	Frequência	% Respostas
a - Nenhuma medida preventiva específica.	7,00	11,48
b - Uma almofada redutora da pressão sob os calcanhares.	21,00	34,43
c - Uma almofada sob as pernas elevando os calcanhares.	33,00	54,10
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

P29: Se um doente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de úlceras de pressão mais apropriada é:	Frequência	% Respostas
a - Um colchão de espuma de redistribuição de pressão.	27,00	44,26
b - Um colchão de ar de pressão alternada.	30,00	49,18
c - Tratamento local das áreas de risco com pomada de óxido de zinco.	4,00	6,56
Em Branco	0,00	0,00
Total	61,00	100,00

 Resposta correta

Nº total de respostas em branco: 0

A tabela 10, resume a percentagem de respostas certas obtidas por área de conhecimento na escala PUKAT, o que permite definir o conhecimento dos enfermeiros relativos à prevenção de UPP.

Tabela 10: Percentagem de respostas corretas por área de conhecimento

AREA DE CONHECIMENTO	% RESPOSTAS CERTAS
Medidas preventivas, redução de quantidade de pressão e forças de torção.	44,67%
Medidas preventivas: redução da duração da pressão e das forças de torção.	48,52%
Classificação e Observação	47,27%
Etiologia e Desenvolvimento de UPP	51,37%
Nutrição	62,30%
Avaliação do Risco	74,59%
Coefficiente Final de Conhecimento dos Enfermeiros na Escala PUKAT	50,54%

De um total de 1769 respostas, apenas 894 estavam corretamente assinaladas. De destacar 23 respostas em branco, não contabilizadas na valor de coeficiente de conhecimento dos enfermeiros.

Numa amostra de 61 enfermeiros, observa-se lacunas de conhecimento nas áreas de medidas preventivas, quer com a duração, quer com a quantidade de forças externas

responsáveis pelo desenvolvimento de UPP, obtendo-se scores de 48,52% e 44,67% respetivamente. Os enfermeiros demonstram dificuldades no item da etiologia e desenvolvimento (51,37%), bem como classificação (47,27%). Apresentam conhecimentos desatualizados, bem como práticas atualmente não recomendadas. Os itens melhor pontuados foram o da avaliação do risco (74,59%) e nutrição (62,30%). Os enfermeiros obtiveram na Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool uma pontuação média de 50,54% das 6 áreas de conhecimento, o que revela um nível de conhecimentos insuficientes.

3.1. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O objetivo geral deste estudo centrava-se na avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros sobre a prevenção de UPP. Deste modo, iremos proceder à discussão de resultados obtidos, mediante os objetivos delineados e a questão de investigação formulada.

Relativamente às áreas de conhecimento da escala PUKAT, na área de conhecimento sobre a “etiologia e desenvolvimento de UPP” os enfermeiros identificaram a má nutrição como fator major para o desenvolvimento de UPP (63,93%, n=39). Segue-se a falta de oxigénio com 18,03% (n=11), e a humidade com 16,39% (n=10). Verifica-se uma redução do conhecimento sobre as forças externas envolvidas na etiologia de UPP, sendo que na pergunta 3 da escala, 49,18% (n=30) descrevem que a fricção aumenta quando a pele adere à superfície, e quando o doente se encontra numa posição semi-sentada(60º) e escorrega. Por outro lado, 26,23% (n=16), afirmam que um doente obeso tem maior risco de UPP e de desenvolver uma perturbação vascular, quando comparado com um doente emagrecido.

Denota-se que os enfermeiros não reconhecem o impacto da oxigenação dos tecidos no desenvolvimento de UPP. Os fatores de risco para um doente desenvolver uma UPP segundo a EPUAP, NPUAP e PPIA (2014) são a perfusão e oxigenação; situação nutricional deficiente e aumento da humidade da pele, sendo cronologicamente a perfusão e oxigenação o primeiro factor de risco a ter em atenção na prevenção de UPP e que está muitas das vezes associado a processos de isquemia.

Os enfermeiros não dão ainda relevância aos factores intrínsecos do doente, afirmando que não existe relação entre a idade e o risco de desenvolvimento de UPP (n=18). As guidelines internacionais, afirmam que é necessário ter em consideração o potencial impacto dos seguintes factores no risco de um determinado individuo desenvolver

UPP, e a idade avançada é um desses factores enumerados. Para além da idade, enumeram o aumento da temperatura, corporal, a percepção sensorial, avaliações hematológicas e o estado geral de saúde (EPUAP, NPUAP e PPIA, 2014).

Outro aspeto que merece relevância é o desconhecimento dos enfermeiros sobre as forças de pressão e forças de torção. Ferreira (2019), no seu estudo quantitativo, descritivo e observacional, aplicou a escala PUKAT a uma amostra de 38 enfermeiros que exercem funções numa UCI, e concluiu que existe um desconhecimento das guidelines na área de prevenção de UPP, mais acentuado na área da quantidade e duração de pressão e forças de torção. No presente estudo, quando interligamos os conhecimentos das áreas da etiologia e das áreas da quantidade e duração da pressão e forças de torção, percebemos que é aceitável que estas duas áreas do conhecimento mencionadas pela escala PUKAT tenham pontuações baixas, pois os enfermeiros desconhecem este tipo de forças, pelo que não lhes é possível implementar estratégias de redução do risco, adequadas em tempo real, ao doente crítico.

Relativamente ao item “classificação e observação de UPP” verifica-se que não existe consenso clínico sobre a classificação das UPP. Os enfermeiros não dão ênfase à observação e inspeção da pele em risco de desenvolvimento de UPP, bem como diagnóstico diferencial.

Lesões como quebras cutâneas, lesões por humidade, dermatites associadas à incontinência e lesões isquémicas são definidas e referenciadas como UPP de forma inadequada (Flanagan, 2013). Yates em 2012, refere que os enfermeiros têm dificuldade em diferenciar corretamente as UPP e lesões por humidade

As principais dificuldades observadas na classificação/categorização das UPP são: avaliação do eritema branqueável ou não branqueável; distinção entre UPP e lesão por humidade e diferenciação entre categorias II e III. A incorreta classificação ou diagnóstico pode resultar numa escolha desajustada das estratégias de prevenção e/ou tratamento. Os profissionais de saúde devem ser capazes de distinguir quando a escoriação da pele se deve a forças de pressão, fricção e /ou torção, ou se deve a um contacto prolongado com fluidos corporais (Briggs, 2006).

No estudo, verifica-se que os enfermeiros desconhecem a categorização das UPP por profundidade, manifestando défice de conhecimentos importantes para a prevenção das UPP.

De destacar pela positiva o facto de reconhecerem os riscos de ocorrência de forças externas durante o posicionamento do doente no leito e quais as áreas anatómicas onde podem surgir as UPP e que devem ser inspecionadas regularmente.

No presente estudo o conhecimento dos enfermeiros sobre o item da “classificação e observação”, corresponde a 47,27%, demonstrando um conhecimento baixo e insuficiente. De notar que já no estudo de Ferreira (2019), apenas metade da amostra demonstrou conhecimentos suficientes sobre o item acima mencionado. Já no estudo descritivo correlacional - transversal (107 enfermeiros) de Peça (2016) onde se pretendia descrever os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros que trabalham em UCI perante a prevenção de UPP, concluiu-se os conhecimentos mais baixos são relativos aos graus das UPP, à humidade e às proeminências ósseas.

A distribuição das respostas dos enfermeiros sobre os conhecimentos do item da “avaliação do risco” evidenciou um equilíbrio de conhecimento positivo. No presente estudo foi o item com *score* mais alto, com 74,59% de respostas certas. Constata-se assim, haver um reconhecimento geral (n=53), baseado no uso de escalas de medida e de uma abordagem estruturada para a avaliação do risco, refinada pelo juízo clínico e suportada pelo conhecimento dos principais fatores de risco (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).O estudo descritivo e transversal de Eskimez [*et al.*], 2016, avaliou o conhecimento de 73 enfermeiros que exerciam funções numa UCI na Turquia, e concluíram que o conhecimento dos enfermeiros sobre a avaliação do risco era bom. Ferreira (2019), corrobora com o que acima foi mencionado, afirmando que os enfermeiros numa UCI se encontram atentos aos riscos e avaliação dos mesmos. No seu estudo, o item da avaliação do risco, foi o item melhor pontuado.

Para o item da “nutrição”, podemos aferir que os enfermeiros mantém um nível de conhecimento equilibrado sobre o impacto da nutrição na prevenção de UPP, e que a otimização da mesma pode melhorar o estado físico geral dos doentes (n=56).

Para NPUAP/EPUAP/PPPIA (2019), as instituições de saúde devem desenvolver e implementar uma abordagem nutricional individualizada para todas as pessoas com UPP ou em risco de desenvolver, que se encontrem desnutridos ou em risco de desnutrição.

Com 62,38% de respostas certas, obervamos que este resultado é unânime em estudos nacionais e internacionais que se baseiam na mesma premissa. No estudo iraniano de Forouzi, Mirshekari e Targari (2018) verificou-se que o item Nutrição obteve o *score* mais elevado de pontuação. Na Jordânia, Batiha (2018), obteve no seu estudo descritivo e transversal, o mesmo ideal de resultados para o item da Nutrição. Nacionalmente, os estudos de Peça (2016) e Ferreira (2019) vêm dar ênfase à ideia supracitada.

Por fim os itens de redução da quantidade e da duração de forças externas obtiveram os *scores* de conhecimento mais baixos, 44,67% e 48,52% respetivamente.

Ao contrário do estudo de Li hu, Sae-sai, e Kitrungrrote (2021), em que 61,8% dos participantes relataram que “a posição lateral de 90° lateral é mais eficaz do que a posição lateral de 30° lateral”, e 31,2% dos participantes afirmaram que o uso de uma almofada de anel (donut) foi eficaz para prevenir UPP, no presente estudo, e apesar do coeficiente de respostas certas se encontrar abaixo do esperado, os enfermeiros do SMI encontram-se atentos para as questões dos ângulos de posicionamento. A utilização de uma inclinação de 30° para posições laterais é referida por 68,85% dos enfermeiros do SMI, o que vai de encontro com as guidelines de 2019 da NPUAP/EPUAP/PPPIA.

A escolha de superfície de apoio para a prevenção de UPP é uma dificuldade dos enfermeiros, pelo que desconhecem as características necessárias para a escolha de superfície de apoio ideal. Atualmente as guidelines de 2019 da NPUAP/EPUAP/PPPIA já recomendam uso de superfícies de apoio de ar reativo em indivíduos em risco de UPP.

O uso de almofada de gel em forma de argola não é uma prática recomendada atualmente pelas guidelines, uma vez que as bordas destes dispositivos criam áreas de elevada pressão (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

É importante ainda referir que não se deve massajar e nem esfregar vigorosamente a pele que está em risco de desenvolver uma UPP, dado que para além de ser doloroso, esfregar a pele pode provocar uma ligeira destruição tecidual ou uma reação inflamatória, especialmente em doentes com pele frágil (Ibidem).

O tempo de reposicionamento de cada doente em função da superfície de apoio difere entre os enfermeiros inquiridos, sendo que 62,30% afirmam que um doente em risco de desenvolver uma UPP e que possuiu um colchão de espuma viscoelástica necessita de ser posicionado a cada 2 horas, ao invés de 34,43% que refere que deve ser posicionado a cada 4 horas.

Nos doentes em estado crítico deve-se promover pequenas mudanças corporais quando estes estão instáveis para manter um esquema de reposicionamento regular e não reposicionamentos adicionais (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2019).

Um outro aspeto importante é a desvalorização de mais de metade da amostra dos enfermeiros na importância de elevação dos calcanhares. Destes, 3,28% consideram que não é necessário a elevação dos calcanhares quando o doente possuiu um colchão redutor da pressão. Por outro lado, 47,54% dão mais importância às características da superfície de apoio do que à elevação do calcanhar.

Outra metade da amostra 49,18% afirma que é importante elevar o calcanhar apesar da superfície de apoio, e a evidência científica reitera isso mesmo, afirmando que a

proeminência posterior dos calcâneos sustenta uma pressão intensa, mesmo quando é utilizada uma superfície de redistribuição da pressão (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014). Em 2019 (p.18 e 19), os mesmos autores acrescentam que se deve “garantir a ausência de carga no calcanhar e distribuir o peso da perna ao longo da sua parte posterior sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles ou veia poplítea”.

As proeminências ósseas aumentam a pressão contra os tecidos moles, sendo normalmente os locais onde surgem lesões. As localizações mais frequentes são a região sacrococcígea, seguida dos calcanhares e trocânter. Desta forma, é fundamental uma avaliação criteriosa das UPP, em que a localização destas é contemplada. A localização das UPP é um testemunho importante, pois através desta dimensão, o enfermeiro consegue na maioria dos casos, identificar onde foram exercidas as forças entre a superfície corporal e a superfície de contacto (cama, cadeirão, dispositivo médico, etc) (Menoita, 2015).

As práticas não assentes no princípio da beneficência continuam a ser uma realidade, e os enfermeiros continuam a aplicar óxido de zinco com massagem nas zonas hiperemiadas, demonstrando práticas não fundamentadas em evidência científica (Menoita, 2015).

Muitos são os fatores que justificam a importância dada à prevenção de UPP, com destaque especial para o impacto que a lesão tem sobre a segurança e qualidade de vida do doente. As UPP implicam repercussões negativas a nível físico, social, psicológico, financeiro (ibidem).

Existe desta forma uma relação inegável entre conhecimento e implementação de estratégias de prevenção de UPP. Segundo Pedro (2010), citado por Menoita (2015, p.570), “o conhecimento atual sobre UPP pode ser traduzido em estratégias eficazes para a prevenção e tratamento”.

CONCLUSÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS

A construção deste estudo de investigação ostenta um enriquecimento pessoal, não só pelo conhecimento sobre a metodologia de investigação, mas também pela abordagem do tema das UPP. A conceção envolveu o desenvolvimento de novas competências ao nível da pesquisa de conhecimento científico, sintetização de conteúdos, seleção de bibliografia, manipulação de bases de dados, um sem fim de novas tarefas que permitiram este crescimento.

Não é de todo um percurso isento de dificuldades, dada principalmente a inexperiência, a vasta informação que é encontrada relativa à metodologia abordada, mas também a existência de estudos similares e artigos científicos similares, e a capacidade de a seleccionar e sintetizar, aliado ao fator tempo.

A escolha do tema reveste-se de especial importância para fomentar o trabalho científico nesta área em Portugal. É necessário direccionar a atenção e a prestação e cuidados de enfermagem para ganhos em saúde, bem como manutenção do estado de saúde e qualidade de vida.

O estudo evidencia o conhecimento dos enfermeiros de um SMI sobre a prevenção de UPP. Obteve-se dados de frequências absolutas relativas aos itens que a escala PUKAT engloba.

Numa amostra de 61 enfermeiros, verifica-se uma heterogeneidade de respostas importantes relativamente a itens como: classificação de UPP, posicionamentos, fatores extrínsecos aos doentes, diagnóstico diferencial entre UPP e lesões por humidade.

Verifica-se pontuações baixas em itens importantes como as medidas preventivas de redução da quantidade (44,67%) e duração das forças externas (48,52%) (factores extrínsecos) e na classificação das UPP's (47,27%). A escala PUKAT avalia estes itens de uma forma global, sem especificação para certas áreas de atuação, como na PSC. Não obstante, e apesar desta limitação constata-se que os enfermeiros não são detentores de um conhecimento seguro para a tomada de decisão, no que diz respeito à prevenção de UPP, o que pode justificar a alta taxa de incidência e prevalência no gráfico nº1. A pandemia covid pode ser também uma das justificações para que os profissionais não efetuassem formação na área de viabilidade tecidular de forma mais ativa, desviando as atenções a nível da formação para outros patamares importantes na altura, ou seja, os profissionais investiram mais na área de emergência médica no doente com covid 19, e controlo de infeção.

Desta feita, a inexistência de programas de formação na área de viabilidade tecidular, e ajustados às necessidades de formação dos enfermeiros, bem como a experiência individual de cada profissional, pode traduzir os resultados obtidos na escala PUKAT.

A incorreta classificação e diagnóstico irá resultar certamente numa escolha desajustada de estratégias de prevenção e/ou tratamento.

Como perspetivas futuras pensamos que este estudo contribuiu para a estratificação do conhecimento dos enfermeiros, com objetivo futuro de intervenção diferenciada através de programas de formação, contribuindo assim para a segurança do doente internado, para a melhoria dos cuidados de enfermagem e excelência do cuidar na área da viabilidade tecidular.

Deixamos a sugestão de em estudos futuros fazer uma atualização da escala PUKAT segundo as últimas *guidelines* internacionais.

CONCLUSÃO

Este relatório é um espaço onde a descrição do percurso efetuado, permite demonstrar quais as experiências significativas que contribuíram para a aprendizagem, abordando as intervenções e reflexões realizadas ao longo do ENP e o contributo dado para a aquisição de competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Concluimos, olhando de forma crítica para o exposto, o que pensamos ter traduzido, a forma positiva em que desenvolvemos esta etapa de crescimento profissional.

Este estágio foi muito gratificante e enriquecedor, uma vez que nos proporcionou a aquisição e consolidação de conhecimentos e técnicas, bem como o aprofundamento e desenvolvimento de saberes adquiridos na escola e na vida profissional. Sentimos que fomos adquirindo uma maior autonomia, destreza e pensamento crítico, na prestação de cuidado, aliados à evidência científica. Por outro lado, consideramos ter soluções mais adequadas para cuidar nesta área, na medida em que, o conhecimento das nossas dificuldades e a reflexão nas nossas capacidades possibilita o uso de competências que possuímos em busca de outras, num processo contínuo e progressivo, que visa sobretudo um desempenho de qualidade e o desenvolvimento pessoal. Conciliar a atividade profissional com o estágio tornou-se um desafio, necessitando de uma gestão meticulosa do tempo para que todos os objetivos pudessem ser cumpridos e não condicionassem o nosso investimento.

Sentimo-nos realizados, com mais conhecimentos, habilidades e atitudes, muito devido à tutoria que nos acompanhou durante a realização deste ENP. Apoiadas num pensamento lógico e estratégico, as enfermeiras tutoras e orientadora pedagógica, orientou-nos numa visão de responsabilidade, qualidade, inteligência, experiência e empatia, conferindo nos suporte, satisfação profissional, acompanhamento e desenvolvimento de competências.

Considerando estes aspetos, devemos referir que o pensamento crítico-reflexivo pautou a nossa atuação de forma sistematizada respeitando o doente/família na sua condição humana, direitos e valores, os meus valores pessoais e deontologia da profissão. As sugestões foram encaradas numa perspetiva construtiva e visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Atualmente os serviços de saúde são confrontados diariamente com diversas mudanças no seu dia a dia, quer sejam mudanças positivas, quer sejam mudanças negativas. Formular uma estratégia é fundamental para as organizações, uma vez que é através

delas que as organizações evoluem, e é através dela que aprendemos a inovar, refletir e atingir os objetivos estratégicos.

A elaboração de um estudo de investigação na área de viabilidade tecidular no SMI, permitiu uma estrutura de gestão estratégica, representando assim um passo importante para o aprimoramento dos seus processos internos, bem como na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes. Conseguimos estratificar o conhecimento dos enfermeiros nas diversas áreas de atuação no que diz respeito à prevenção de UPP e tomada de decisão autónoma do enfermeiro. O concretizar de um programa de formação alinhado ao conhecimento dos enfermeiros, proporcionou um caminho simples e eficiente para o desenvolvimento de estratégias que promovam o crescimento do serviço, quer a nível de desempenho interno através da formação dos seus profissionais, quer a nível de visibilidade externa.

Desta forma, é com enorme satisfação que damos por terminada esta etapa formativa específica e diferenciada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - **Recomendações técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos**. Lisboa, Portugal. Abril (2013). ISSN: 1647-8568.
- AGUINIS, Hermam e KRAIGER, Kurt - Benefits of training and development for individuals and teams, organizations and society. USA: **Annual Review of Psychology** **60**, (2009) p. 451–74. DOI:10.1146/annurev.psych.60.110707.163505 in 17/6/2021
- ALARCÃO, Isabel e TAVARES, José - **Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem**. 2ª ed. Coimbra (2007). ISBN 978- 972-40-1852-2.\
- ALBUQUERQUE, Carla - **Validação de protocolo para a assistência de enfermagem ao paciente no transoperatório de cirurgia cardiovascular com circulação extracorpórea**, (2018). Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.
- ALI, Mohammed e CASCELLA, Marco - *ICU delirium*. StatPearls Publishing: **NCBI Bookshelf** (2020), p. 1-14. [Consultado em 1 de fevereiro de. 2022]. Recuperado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559280/>).
- ALMANZA, Munõs, HOLLAND, Jimmie – *La Comunicación de las malas noticias em la relación medico-paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia*. **Revista Sanid.mil**, Vol. 3, nº 53. mayo-jun, (1999).
- ALVES, Paulo [et al.] – **Prevenção e tratamento de feridas, da Evidência à prática Clínica**. 1ª ed.(novembro de 2014), p.68-73. ISBN 978-989-20-5133-8.
- ALVES, Paulo – *Úlceras de Pressão: da Ciência Básica à Prática Clínica*. In MARQUES, Rita e PARREIRA, Ana – **Feridas: Manual de boas práticas**. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda, 1ª ed. (2017). ISBN 978-989-752-097-6. p.134-135.
- *AMERICAN SOCIETY OF PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (ASPEN), **Clinical Guidelines***. [Consultado a 22 de novembro de 2021]. Disponível em: https://www.nutritioncare.org/Guidelines_and_Clinical_Resources/Clinical_Guidelines/.
- APOSTOLOPOULOU, Eleni [et al.] – *Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients*. **Health Science Journal**. [Em linha]. 8:3

(2014) 333-342. [Consultado em 11 fevereiro 2022]. Disponível na WWW: E-ISSN: 1791-809x,

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS GESTORES E DE LIDERANÇA. - **Referencial de competências para os enfermeiros da área da gestão**. [Em linha]. Portugal: APEGEL (2009). [Consultado em 20 janeiro de 2020] Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>
- ARROYO-NOVOA, Carmen [et al.] - Occurence and Pratices for Pain, Agitation, and Delirium in Intensive Care Unit Patients. *Puerto Rico. Health Sciences Journal*. Vol.38, nº3 (2019) p.156-162. [Consultado em 9 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6906604>.
- AZEVEDO, Irene [et al.] - O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, Vol.49, (2015) p.153–171.
- BACH, Richard. - **Mensagens para sempre**. Cascais: ArtePlural. 1ª ed. (2001), p.15. ISBN 972 9478 20 1.
- BAIXINHO, Cristina, SOUSA, Luís e VIEIRA, Cristina - **Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda**. 1ª ed. Sintra: lusodidacta (2021). ISBN 978-989-53006-1-7.
- BARLEM, Edison. [et al.] - Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiência em unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Vol.10 nº4, (2008). [Consultado em 11 de março de 2022]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a16.pdf.
- BARROSO, Fernando, SALES, Leila e RAMOS, Susana – **Guia Prático para a Segurança do Doente**. Lousã, Lidel – Edições Técnicas, lda. (2021). ISBN 978-989-752-414-1.
- BATIHA, Abdul - *Critical Care Nurses' Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers towards Pressure Injuries Prevention*. **International Journal of Advanced Nursing Studie**, vol. 7, nº2 de novembro (2018). P. 117-122. [Consultado em 10 abril. 2022]. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Abdul-Monim-Batiha/publication/329358104_Critical_Care_Nurses'_Knowledge_Attitudes_and_Perceived_Barriers_towards_Pressure_Injuries_Prevention/links/5c0b6d9a4

585157ac1b0730e/Critical-Care-Nurses-Knowledge-Attitudes-and-Perceived-
Barriers-towards-Pressure-Injuries-Prevention.pdf.

- BATISTA, Margarida - **Atitudes e conhecimentos dos enfermeiros na prevenção das úlceras de pressão**. Lisboa: [s.n.], 2012. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- BEEKMAN, Dimitri [et al.] - Pressure ulcer prevention: development and psychometric validation of a knowledge assessment instrument. **International Journal of Nursing Studies**. Vol.47, nº11 (2010). p.1432-1441.
- BENNER, Patrícia - **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, (2001). ISBN 972-8535-97-X
- BOLANDER, Verolyn - **Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta (1998). ISBN 972 96610 6 5.
- BRIGGS, Shiu - How accurate are RGNs in grading pressure ulcers? **British Journal of Nursing**, vol.15, nº22 (2006). p. 1230-1234. DOI: 10.12968/bjon.2006.15.22.22561
- BUGEDO, Guillermo [et al.] - *The implementation of an analgesia-based sedation protocol reduced deep sedation and proved to be safe and feasible in patients on mechanical ventilation*. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, Vol.25, nº3 (2013), p.188-196.
- CABRAL, Hernâni. – **Necessidades Básicas da Pessoa com Insuficiência Renal Crónica: Vivências no Percurso da Doença Renal Cónica**. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto (2010). Tese de mestrado.
- CAETANO, António [et al.] - **Formação e desenvolvimento organizacional**. Abordagens e casos práticos em Portugal. Lisboa: Editora Mundos Sociais. (2014). ISBN: 978-989-8536-38-9
- CAMELO, Silvia e ANGERAMI, Emília - Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Scielo Brazil. Revisão da Literatura: Texto & Contexto – Enfermagem**, vol.2, nº 22, p.552–560. DOI: 10.1590/S0104-07072013000200034.

- CHACKO, Ranjitha [et al.] – *Oral decontamination techniques and ventilator-associated pneumonia*. **Br J. Nurs.** Vol.26, nº11 (2017), p. 594-599, disponível em <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.11.594>.
- CLIMO, Michael [et al.] - *Effect of daily chlorhexidine bathing on hospital-acquired infection*. Inglaterra: **The New England Journal of Medicine**. Vol.386, nº6 (2013). p. 533-542. [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1113849?articleTools=true>.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão 2015**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, (2016). ISBN 978-989-8444-35-6.
- COELHO, Patrícia e REGO, Amélia - ORGANIZAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR “ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA” PROMOVE A QUALIDADE, **Revista Servir**. Vol.59, nº5 de 6 set-dez (2016) DOI: <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Atribuição de tempo para a passagem de turno. Parecer nº61/2017**, p1-3, Ordem dos Enfermeiros.
- CUNHA, Madalena e COELHO, Natércia – Padrão de Infecção e Antibioterapia em Unidade de Cuidados Intensivos. **Revista Millenium**, 2ªed, nº15 (2020). p.317-338. DOI:<https://doi.org/10.29352/mill0205e.33.00339>.
- DECRETO DE LEI Nº107/2008 - **Diário da República, 1.ª série — N.º 121 — 25 de junho de 2008. Capítulo III, mestrado, artigo 15º**, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, p. 3842.
- DECRETO-LEI Nº 161/96 - **Diário da República nº205/1996 1.ª série A. 4 de setembro. Ministério da Saúde**. Lisboa.
- DECRETO-LEI Nº71/2019 - **Diário da República, 1.ª série — N.º 101 — 27 de maio de 2019**; Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor. p.2628.
- DESPACHO n.º 3844-A/2016 - **Diário da República, 2.ª série — N.º 52 — 15 de março de 2016, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, PARTE C**. p. 9254-(2).
- DESPACHO nº7710/2018 - **Diário da República, 2.ª série — N.º 154 — 10 de agosto de 2018. Instituto Politécnico De Viana Do Castelo**. p.22044-22045.
- DESPACHO Nº9390/2021 - **Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)**. **Diário da República, 2ª serie. Nº 187, 24 de setembro de 2021**, p.96.

- DEVLIN, John [et al.] - *Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*. **Critical care medicine**, Vol.46, nº9 (2018). p.1532–1548. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003259>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Sistema de Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA**. Portugal, (2014). [Consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em <https://nocs.pt/notifica/>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Medicamentos de alerta máximo. Nº014/2015** atualizada em 06/08/201. Portugal, (2015), [Consultado em 9 de setembro de 2021]. Disponível em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Norma “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação” nº021/2015**. [Consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Norma nº001/2017 de 08/02/20217, Comunicação eficaz na transição de cuidados de Saúde**. Lisboa, Portugal.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 007/2019 “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde”**. [Consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>.
- DONABEDIAN, Avedis - *Evaluation de la calidad de la atención médica*. In: **White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington (USA): Organización Panamericana de la Salud: OPAS-Public; (1992). p. 382-404.
- ESTILITA, Joana – Cuidados Intensivos Neurológicos: Analgesia, Sedação e *Delirium*. In MENDES, João e PONCE, Pedro – **Manual de Medicina Intensiva**. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda. (2015). ISBN 978-989-752-070-9. p. 61-69.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL – **Healthcare-associated infections in intensive care units: Annual Epidemiological** (2017) [Consultado em 22 de fevereiro de 2022]. acedido em www.Ecdc.europa.eu.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – **Prevention and treatment of pressure ulcers:**

- quick reference guide.** [Em linha]. Perth: *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2014. [Consultado a 10 de novembro. 2021] Disponível em <https://www.npuap.org/wp-content/uplo-ads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
- *EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – Prevenção e Tratamento de Lesões/ Úlceras por Pressão. Guia Consulta Rápida 2019.* [Consultado a 10 de novembro. 2021] Disponível em <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-portuguese.pdf>.
 - ESKIMEZ, Zehra [et al.] - Knowledge of Nurses Working in Intensive Care Units in Relation to Preventive Interventions for Pressure Ulcer. **International Journal of Caring Sciences**. Vol.9, ed.2, maio-agosto (2016). p.677-686. [Consultado em 15 abril. 2022]. Disponível em http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/35_Yesil_original_9_2.pdf.
 - FERNANDÉZ, Francisco [et al.] - **Prevención de las úlceras por presión**. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 2ª ed. (2014). ISBN 84-695-9504-0
 - FERREIRA, Neuza [et al.] – Dor e analgesia em doente crítico: artigo de revisão. Amadora, Portugal. **Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca**. Vol.2, nº2 (2014), p.17-20.
 - FERREIRA, Margarida - **Prevenção da Úlcera por Pressão Contributos da Enfermagem de Reabilitação**. Viana do castelo: [s.n.], (2019). Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
 - FOROUZI, Mansooreh; MIRSHEKARI, Leili e TIRGARI, Batool - Pressure Injury Prevention: Knowledge and Attitudes of Iranian Intensive Care Nurses. **Wound care Journal**, Advances in skin & wound care, vol.31, nº4 de abril de 2018, p. 1-8. – doi: 10.1097/01.ASW.0000530848.50085.ef
 - FORTIN, Marie - **O processo de investigação** - da concepção à realização. Camarate: Lusociência-edições técnicas e científicas, Lda. (1999). ISBN 978-972-8383-10-7.
 - FORTIN, Marie - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta (2006). ISBN: 978-989-8075-18-5.
 - FORTIN, Marie- **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta (2009). ISBN: 978-989-8075-18-5

- FRADIQUE, Maria e MENDES, Luís – Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. **Referência – Revista de Enfermagem**, vol.3, nº 10 de junho (2013), p.45-53. [Consultado a 10 abril 2022], disponível em DOI: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>.
- GARRIDO, António; SIMÕES, João – **Finalidade das Estratégias de Supervisão Utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem**. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis. Aveiro. vol. 16, Out-Dez nº4 (2007) p. 599-608.
- GOMES, Maria - **Portefólios digitais**: Revisitando os princípios e renovando as práticas in Atas do VII Colóquio sobre Questões Curriculares, III Colóquio Luso-Brasileiro-Globalização e (des)igualdades: os desafios curriculares, CIEd (2006), p. 295-306.
- GOMES, Carla, FERNANDES, Maria - Programa de orientação de alunos em estágio clínico. **Sinais Vitais**: Lisboa. nº91. junho 2010. p.53. ISSN 0872-0844.
- GOMES, Sara e FREITAS, Paulo – Outros Temas em Cuidados Intensivos: Transporte do Doente Crítico. In MENDES, João e PONCE, Pedro – **Manual de Medicina Intensiva**. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda. (2015). ISBN 978-989-752-070-9. p.529-534.
- GONÇALVES, Rui - **Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de competências na integração de novos enfermeiros**. Porto: Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Tese de Mestrado.
- GOUVEIA, João – **Manual de Avaliação da Formação**. AEP, Associação Empresarial de Portugal, Centro de Recursos em Conhecimento, 1 ed.^a (2005).
- GOTTLIEB, Laurie – **O Cuidar em Enfermagem baseado nas forças: Saúde e Cura para a Pessoa e Família**. Loures, Portugal: lusodidacta (2016). ISBN: 978 989 8075 63 5.
- GRUPO DE APOIO À INVESTIGAÇÃO EM FERIDAS - **PREVENÇÃO DA ÚLCERA DE PRESSÃO, V, Arganil, 2016- Investigação em Portugal sobre Úlceras de Pressão – O que investigamos nos últimos 20 anos**. (2016) Arganil.
- HERVÉ, Michele; ZUCATTI, Paula e LIMA, Maria - Transição do cuidado na alta da Unidade de Terapia Intensiva: revisão de escopo. **Revista Latino-Americana**. Enfermagem (2020) ;28:e3325. DOI: 10.1590/1518-8345.4008.3325.
- INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO - **Regulamento de Frequência e Avaliação dos Cursos de Mestrado da ESS-IPVC**. (2019).

- **INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE.** Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. (2009). ISBN 978-989-96021-6-8.
- IRANMANESH, Sedigheh, RAFIEI, Hossein e AMERI, Golnaz - Critical care nurses knowledge about pressure ulcer in southeast of Iran. **International Wound Journal**. Vol.8, nº5 (2011), [Consultado em 15 abril. 2022]. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1742-481X.2011.00817.x>.
- LABEAU, Sonia [et al.] - *Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubiCUs study*. **Intensive Care Medicine** (2021) 47:160–169. [Consultado a 10 abril 2022] Disponível em <https://www.esicm.org/article-review-results-from-decubicus-study/>.
- LEI nº156/2015 - **Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015.** Código Deontológico do Enfermeiro.
- FLANAGAN, Madeleine - **Wound Healing and Skin Integrity: Principles and Practice.** Oxford: John Wiley & Sons (2013). ISBN: 978-0-470-65977-9.
- LEAL, Fátima. - Transmissão de más notícias. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**. Nº19 (2003), p. 40-43.
- LEI nº 27/2006. **Diário da República. I Série. 126 (2006-07-03)**, p. 4696-4706. [Consultado em 10 de janeiro de 2022]. Disponível em: http://www.proteccaocivil.pt/Legislacao/Documents/Lei_27_2006_Lei_de_Base_s_Protecca_o_Civil.pdf.
- LI HU, Li; SAE-SAI, Wipa e KISTRUNGROTE, Luppana - *Intensive Care Nurses' Knowledge, Attitude, and Practice of Pressure Injury Prevention in China: A Cross-Sectional Study*. **Risk Management and Healthcare Policy Journal**, nº14 de 11 de outubro de 2021. p.4257-4267. [Consultado em 10 de abril de 2022]. Disponível em <https://doi.org/10.2147/RMHP.S323839>.
- LOPES, Letícia; BIDARRA, Maria e BARREIRA, Carlos - Perceção da transferência das aprendizagens em educação e formação de adultos: um estudo num centro de emprego e formação profissional. Coimbra: **Revista Portuguesa de Pedagogia**, (2016), p. 97-116. (Recuperado de <https://digitalisdsp.sib.uc.pt/bitstream/10316.2/40691/1/Perce%C3%A7%C3%A3o%20da%20transfer%C3%Aancia%20das%20aprendizagens%20em%20educa%C3%A7%C3%A3o%20e%20forma%C3%A7%C3%A3o%20de%20adultos.pdf>).

- MACEDO, Rui [et al.] - Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. ISSN 69(5):826-32, (2016), p. 881-887.
- MACEDO, Rui - **Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa**. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2017. Tese de mestrado.
- MACHADO, Ana – **Fatores Relacionados com a Aplicação de Feixes de Intervenções por Enfermeiros de Uma Unidade de Cuidados Intensivos Portuguesa**. Braga: Universidade do Minho: Escola Superior de Enfermagem, 2019. Dissertação de Mestrado em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica.
- MARINHO, Aníbal – Cuidados Intensivos em Situação de Lesão Renal e Metabolismo: Suporte Nutricional no Doente Crítico. In MENDES, João e PONCE, Pedro – **Manual de Medicina Intensiva**. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda. (2015). ISBN 978-989-752-070-9. p.308-318.
- MARQUES, Rita e PARREIRA, Ana – **Feridas: Manual de boas práticas**. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda, 1ª ed. (2017). ISBN 978-989-752-097-6.
- MELEIS, Afaf - *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Copyright Springer Publishing Company, LLC (2010). ISBN: 978-0-8261-0535-6
- MENDES, João e PONCE, Pedro – **Manual de Medicina Intensiva**. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda. (2015). ISBN 978-989-752-070-9
- MENOITA, Elsa – **Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências**. 1ª ed. Coimbra: Formasau (2011).
- MENOITA, Elsa – **Gestão de feridas complexas**. Loures: Lusodidacta (2015). ISBN 978-989-8075-48-2.
- MENOITA, Elsa e SOUSA, Diana – Prevenção e Controlo das Úlceras por Pressão no Adulto. IN BARROSO, Fernando, SALES, Leila e RAMOS, Susana – **Guia Prático para a Segurança do Doente**. Lousã, Lidel – Edições Técnicas, Lda. (2021). ISBN 978-989-752-414-1.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Direção de Serviços de Planeamento, Cuidados Intensivos: Recomendação para o seu desenvolvimento** – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, (2003). ISBN: 972-675-097-0
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **A Organização interna e a Governação dos Hospitais**. [Em linha]. Lisboa, Portugal, (2010). [Consultado em 15 de janeiro de. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>>.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos**. Governo de Portugal (2013).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Despacho nº5613/2015 de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020**. Diário da República nº45 (2015), p. 13550-13533.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência**. Medicina Intensiva. República Portuguesa, (2017).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Relatório Anual de acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas**. República Portuguesa da Saúde, Sistema Nacional de Saúde, (2019).
- MIRANDA, Isabel e ESTRADA, Helena – Cuidados Intensivos em Situação de Infecção Grave e Sépsis: Infecções Adquiridas na Comunidade. In MENDES, João e PONCE, Pedro – **Manual de Medicina Intensiva**. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda. (2015). ISBN 978-989-752-070-9. p.355-369.
- MONAHAN, Frances [et al.] – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença**. Loures. Lusodidacta, vol.1. Ed, nº8. (2010). ISBN 978-989-8075-22-2.
- MORAIS, Jorge – **Fatores Determinantes de Úlcera de Pressão na Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, 2015. Tese de Mestrado.
- MORISON, Moyal - **Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão**. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. (2004). ISBN 972-8383-68-1.
- NÓBREGA, Maria e GARCIA, Telma - Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Report of experience - Informe de la experiencia. **Esc Anna Nery Revista Enfermagem**, Vol.13, nº1. (março,2009) p. 188-193.
- NOVAES, Hillegonda – Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Vol.34, nº5, outubro (2000) p.547-59.
- NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e medições nos cuidados de enfermagem**. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda, (2006). ISBN:9789728930172

- NUNES, Lucília – **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Comunicação no painel: Centralidade dos cuidados de enfermagem nas práticas.** II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, p.1-12. [Consultado em 2 de abril de 2021.] Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela e GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (2005). ISBN 972-99646-0-2.
- NUÑEZ, Daniel [et al.] - **Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva.** Portugal. Ministério da Saúde (Marta Temido), 2020.
- OLIVEIRA, Paulo - **Vivências dos Doentes e Familiares em Relação às Visitas Numa Unidade de Cuidados Intensivos.** Escola Superior de Coimbra, Portugal (2011). Dissertação de Mestrado.
- OLIVEIRA, João [et al.] - Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo. **Cadernos de Saúde.** Vol.10, nº2 (2018), p.5-10. DOI: 10.34632/cadernosdesaude.2018.7230.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (2001).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Resumo Mínimo de Dados para os Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) - Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.** [Em linha] (2007). [Consultado em 25 de março de 2022.] Disponível na WWW: <http://www.esenfcvpoa.eu/wpcontent/uploads/2012/03/RMDE.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Estatutos.** Lisboa. 16 de setembro de 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.** Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Browser CIPE - Ordem dos Enfermeiros.** [Em linha] Ordem dos Enfermeiros (2011). [Consultado em 20 de novembro de 2021.] Disponível na WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer do Conselho Jurisdicional nº79/2012,** de 26 outubro de 2013: Autonomia da Profissão de Enfermagem relativo à execução de tratamentos. Lisboa.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia**: Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2015). ISBN 978 989 8444 29 5.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Recomendações para o estágio de componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista**. Lisboa, outubro (2021), p.1-5.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Nova Iorque: Organização das Nações Unidas (1948).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Medication Safety in High-risk Situations. Technical Report. Geneva** (2019), [Consultado em 2 de setembro de 2021]. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325131>.
- OZAÇAKA, Ozgun [et al.] - *Chlorhexidine decreases the risk of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients: a randomized clinical trial*. **Journal of Periodontal Research**. Vol. 47, nº5, fevereiro (2012), p. 584-592, disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1600-0765.2012.01470.x>.
- PAIVA, José [et al.] - **Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação: Medicina Intensiva**. República Portuguesa – Saúde (2017).
- Parecer conjunto nº01/2017- Atribuição de responsável de turno. Conselho de Enfermagem e Mesa do colégio da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. [Consultado a 15 março 2022] Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf.
- PEÇA, Diana Elisa Gonçalves de Almeida - **Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão**. Viana do Castelo: [s.n.], 2016. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- PEREIRA, Aurora – **Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto**. Coimbra: Formasau (2008). ISBN 978-972-8485-92-4.
- PEREIRA, Domingos, NASCIMENTO, José e GOMES, Rui - **Sistema de Informação na Saúde – Perspetivas e Desafios em Portugal**. Lisboa: Sílabo Lda, 1ª ed. (2011). ISBN 978-972-618-657-1
- PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusodidacta, junho (2005) ISBN: 9789728383848.

- PINI, Luna Ribeiro de Queiroz - **Prevalência, risco e prevenção de úlceras de pressão em unidades de cuidados de longa duração**. Porto Universidade Católica (2012). Tese de Mestrado.
- PINTO, Ana [et al.] - Eficiência de diferentes protocolos de higiene bucal associados ao uso de clorexidina na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. Artigo de revisão sistmática e meta-análise. **J. bras. pneumol.** Vol.47 nº1 (2021) DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20190286>.
- QI, Zhidong. [et al.] - Effects of Nurse-led Sedation Protocols on Mechanically Ventilated Intensive Care Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Australian Critical Care**. Vol.34, nº3(2020). p.1-9. [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33054987/>.
- QUEIRÓS, Ana - **Ética e enfermagem**. Coimbra: Ed. Quarteto (2001). ISBN 972-8717-07-5.
- RAMOS, Susana – **O enfermeiro – Farmacovigilância em Portugal: 25 anos**. Edição e publicação Infarmed – Autoridade Nacional do medicamento e produtos de saúde, I.P. (2018), p. 311-318. ISBN 978-989-8369-17-8.
- REGULAMENTO n.º 124/2011 - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011, aprovado em 20 de novembro de 2010 pela OE. p.8656-8657.
- REGULAMENTO N.º101/2015 - **Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor**. Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015,
- REGULAMENTO n.º361/2015 - **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Diário da República, 2.ª série — n.º 123 — 26 de junho de 2015.
- REGULAMENTO N.º429/2018 - Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018: **Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica**, p.19359-19364.
- REGULAMENTO N.º140/2019 - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, aprovado a 18 janeiro de 2019 pela OE. p.4744-4750.

- **REGULAMENTO Nº 743/2019 – Regulamento da Norma para cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.** Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª série, nº184 de 25 setembro 2019.
- RIBEIRO, Mirtes; SANTOS, Sheila e MEIRA, Taziane – Refletindo sobre liderança em Enfermagem. **Scielo Brazil, Escola Anna Nery**, Vol.10, nº1 (abril 2006). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100014>.
- RILEY, Júlia – **Comunicação em Enfermagem.** Loures, Lusociência. 4ª ed. (2004). ISBN 978 972 8383 81 7
- ROJAS, Verónica - *Humanización de los cuidados intensivos.* **Revista Médica Clínica Las Condes.** Vol.30, nº2 (2019), p.120-125. ISSN: 0716-8640.
- ROCHA, Oliveira - **Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública.** 3ª ed. Lisboa: Escolar Editora (2010). ISBN 978-972-592-289-7.
- ROGENSKI, Noemi e KURCGANT, Paulina - **Avaliação da concordância na aplicação da escala de braden interobservadores.** Acta Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, vol.25, nº1 (2012) p.24-28. [Consultado a 15 março 2022] Disponível em <https://www.scielo.br/j/ape/a/PJHBnDPwMQ9Xw69NZNXYQwH/?lang=pt>.
- ROSÁRIO, Jorge - **A integração da internet na autoformação dos enfermeiros.** Algarve: Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (2007). Dissertação de Mestrado.
- SANTOS, Gerarlene [et al.] - Transições da prática profissional da enfermagem no enfrentamento do novo coronavírus. Brasil: Enfermagem em Foco, 11 (Esp. 2) (2020). p.84-88. [Consultado a 15 março 2022] Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4270/988>.
- SEQUEIRA, Carlos – **Comunicação Clínica e Relação de Ajuda.** Lisboa: Lidel, (2016), p.343. ISBN 978-989-752-162-3.
- SEQUEIRA, Vera [et al.] – **Úlceras de Pressão: realidade no Centro Hospitalar Universitário do Algarve na Unidade de Portimão/lagos** (2019). [Consultado em 10 março de 2022]. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32427/1/Artigo%20%28P%202019%20-%201%C2%BA%20Pr%C3%A9mio%29.pdf>.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS, O. M. - **Transporte de Doentes Críticos: Recomendações.** Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos (2008).
- SOUSA, Bruno – **Tradução, Adaptação e Validação para o Português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson.** Covilhã:

Universidade da Beira Interior: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2012.
Tese de Mestrado.

- SOUZA, Cláudio José de Guanabara - **Manual de rotina em enfermagem intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. ISBN 978-85-7006-460-8. 2010.
- SHEHABI, Yahya [et al.] - Early Sedation with Dexmedetomidine in Critically Ill Patients. **The New England Journal of Medicine**, (2019) p.2506-2517, DOI: 10.1056/NEJMoa1904710 [Consultado em 17 de março 2021]. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1904710>.
- TANG, Hung [et al.] - *An Observational Study to Compare Oral Hygiene Care With Chlorhexidine Gluconate Gel Versus Mouthwash to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia*. **The Society for Healthcare Epidemiology of America: Infection Control & Hospital Epidemiology**. Vol. 38, nº5, março (2017), p. 631-632. Disponível em <https://doi.org/10.1017/ice.2017.24>.
- TARAN, Zahra [et al.] - *The Effect of Sedation Protocol Using Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) on Some Clinical Outcomes of Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care Units: A Randomized Clinical Trial*. **Journal of Caring Sciences**, Vol.8, nº4 (2019). p.199-206. DOI: 10.15171/jcs.2019.028 [Consultado a 17 de março 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6942649/>
- TARECO, Eugénia - **Sistemas Informáticos em Saúde para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Revisão Sistemática**. Algarve: Faculdade de Economia, Universidade do Algarve, 2015. Dissertação de Mestrado.
- TEIXEIRA, Joana e DURÃO, Cândida – Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. Coimbra. **Revista Enfermagem**, Vol. IV, nº10, junho-setembro (2016), p. 135-142. ISSN 0874.0283
- TWEED, Carol e TWEED, Mike. - *Intensive care nurses knowledge of pressure ulcers: development of an educational program*. **American Journal of critical care**. Vol. 17, julho, (2008). p. 338-346.
- YATES, Susan – Differentiating between pressure ulcers and moisture lesions. **Wound Essentials 2012**, vol.2. p-16-22c <https://www.wounds-uk.com>
- VALENTIN, Andreas e FERDINANDE, Patrick - *Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects*. **Intensive Care Med** ISSN 37:1575–1587 DOI 10.1007/s00134-011-2300-7. 15 setembro (2011), p.1575 – 1587.

- VIANA, Renata - **Enfermagem em terapia intensiva – práticas baseadas em evidências**. São Paulo: Atheneu (2011). ISBN 978-85-388-0250-1.
- VIDAL, Cláudia [et al.] - *Impacto of oral hygiene involving toothbrushing versus chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia: a randomized study*. **BMC Infect Dis**. Vol. 17, nº1, janeiro (2017), DOI: 10.1186/s12879-017-2273-4.PMID: 28241748 .
- VILELAS, José. **Investigação – o processo de construção do conhecimento**. 2ª ed.. Edições Sílabo. (2017). ISBN: 9789895610976
- XIAOHONG, Deng [et al.] - Predicting the Risk for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Critical Care Patients. **Critical Care Nurse**.vol. 37 nº4 (2017). p.1-11. [Consultado a 02 de maio 2022]. Doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2017548>.
- ZAGONEL, Ivete - O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista latino-americana enfermagem**. Ribeirão Preto. Vol.7 nº3, (1999), p. 25-32. ISSN 0104-1169.

APÊNDICES

Apêndice A: Introdução do “Foco de Enfermagem” Família no *Bsimple*

Para: Bruna Manuela Marques ...

Eliminar Arquivar Lixo Mover para Categorizar

← Foco de Enfermagem Família: Bsimple

Com os melhores cumprimentos
Enfermeira Bruna Rocha

De: Tiago Silva <tiagos-silva@hotmail.com>
Enviado: 1 de julho de 2021 15:16
Para: Maria Isabel Do Souto Pereira Da Silva <MARIA.ISABEL.SILVA@HB.MIN-SAUDE.PT>; Bruna Manuela Marques Rocha <BRUNA.ROCHA@HB.MIN-SAUDE.PT>; Ana Catarina Freitas Martins <ANA.C.MARTINS@HB.MIN-SAUDE.PT>
Assunto: Foco de Enfermagem Família: Bsimple

Olá.
Conforme conversa ontem com o técnico da Bsimple sobre a ausência do Foco Família nos registos de Enfermagem, analisei o browser da CIPE na base de dados da Ordem dos Enfermeiros e elaborei as intervenções importantes a associar ao FOCO DE ENFERMAGEM, Família para que brevemente, esteja disponível para registo esta temática extremamente importante e sensível aos cuidados de Enfermagem.
Peço que analisem por favor, e se concordância das partes responsáveis, enviar ao técnico via email.

Eixo: cliente – Termo preferido: FAMILIA
Intervenções a associar:

- Apoiar família;
- Promover apoio à família;
- Providenciar orientação antecipada à família;
- Relatar status a membro da família;
- Colaborar com a família;
- Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados;
- Avaliar o conhecimento da família sobre doença;
- Ensinar a família sobre doença;
- Ensinar família sobre delírio;
- Ensinar família sobre prevenção de infeção cruzada.

Com os melhores cumprimentos,
Tiago Silva

Bruna Manuela Marques Rocha <BRUNA.ROCHA@HB.MIN-SAUDE.PT>
sex, 02/07/2021 12:33

Para: Você: Margarida Maria Figueiredo Ferreira; Maria Isabel Do Souto Pereira Da Silva; Hugo Emanuel Amaral De Sousa; Ana Catarina Freitas Martins

Olá Tiago e Equipa,

Estive um bocadinho a tentar reorganizar as intervenções, dado que algumas parecem um bocadinho repetidas.

Eixo: cliente – Termo preferido: FAMILIA
Intervenções a associar:

- Promover apoio à família;
- Providenciar orientação antecipada à família;
- Relatar status a membro da família;
- Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados;
- Ensinar a família sobre doença;
- Ensinar família sobre delírio;
- Ensinar família sobre prevenção de infeção cruzada.

Assim fica mais simples. Estava a pesquisar na CIPE online da Ordem dos Enfermeiros, mas não consigo encontrar nenhuma intervenção sobre comunicação associada ao Foco Família que também me parece importante.

Dêem as vossas opiniões.

← Foco de Enfermagem Família: Bsimple

Tiago Silva
sex, 02/07/2021 12:49
Para: Bruna Manuela Marques Rocha; Margarida Maria Figueiredo Ferreira; Maria Isabel Do Souto Pereira Da Silva; Hugo Emanuel Amaral De Sousa; Ana Catarina Freitas Martins

Ola Bruna.
Concordo com a tua mudança e reorganização.
Relativo a comunicação, podemos utilizar a intervenção comunicação de status a família. Penso que é a meu ver a mais adequada.

Deixem a vossa opinião Equipa.

Obter [Outlook para Android](#)

Responder | Responder a todos | Reencaminhar

Apêndice B: Programa de Formação: sessão *Powerpoint*



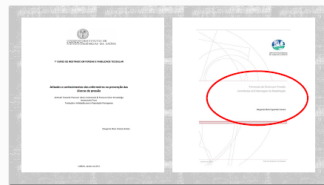
1



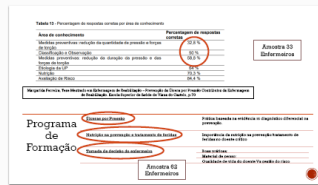
2



3



4



5



6



7



8



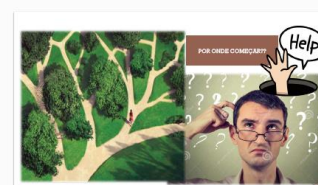
9



10



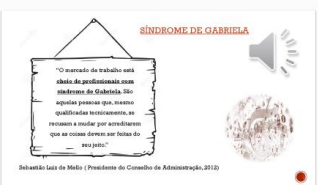
11



12



13



14



15



16



17



18

MAGNITUDE DA PROBLEMÁTICA

19

20

SENSIBILIZAÇÃO

21

22

AS FERIDAS CRÓNICAS FORAM CONSIDERADAS UMA "EPIDEMIA ESCONDIRA" QUE ATINGE A POPULAÇÃO MUNDIAL

CMH, Março 2016, Coimbra

23

MAGNITUDE DA PROBLEMÁTICA: PANDEMIA COVID

24

25

26

27

28

ÚLCERAS POR PRESSÃO SÃO TODAS EVITÁVEIS?

29

30

ÚLTIMA HORA

31

MODELO ROSA VS TRIÁDE CHA

32

ÚLCERAS POR PRESSÃO: FAZ-SE TUDO O QUE SE PODE?

33

ÚLCERAS POR PRESSÃO: FAZ-SE TUDO O QUE SE PODE?

"Pressure ulcer prevention has long been considered a nurse sensitive quality indicator. But pressure ulcer prevention and management is complex and not exclusively under nursing control. Also, there are clinical circumstances when pressure ulcer prevention interventions may be medically contraindicated"

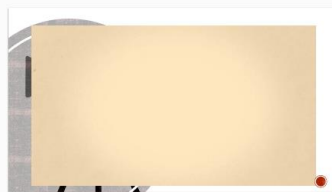
de Murolo et al. (2013), Best Practice Nursing (2013), p. 10

34

MAGN

35

36



37



38



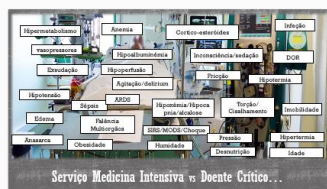
39



40



41



42



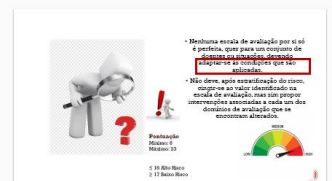
43



44



45



46



47



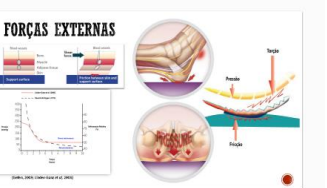
48



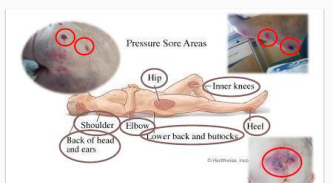
49



50



51



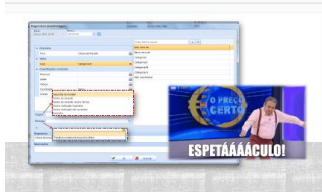
52



53



54



55



56



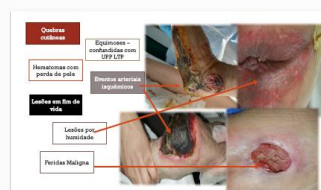
57



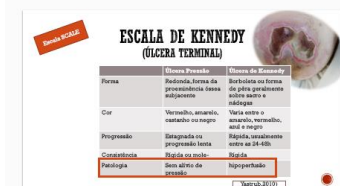
60



61



62



63



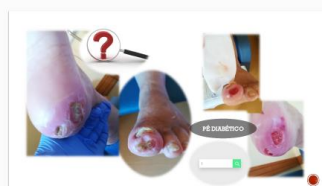
64



65



66



67



68



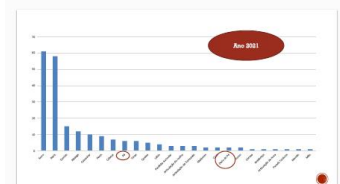
69



70



71



72



73



74



73



74



75



76



77



78



79



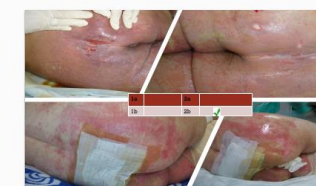
80



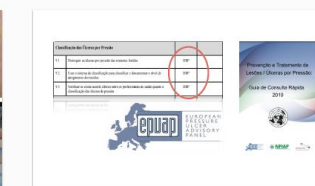
81



82



83



84



85



86



87



88



89



90

CLASSIFICAÇÃO ÚLCERAS POR PRESSÃO

Categoria I – Eritema não irreversível

Categoria II – Perda da espessura parcial da pele

Categoria III – Perda Total da Espessura da Pele

Categoria IV – Perda Total da Espessura dos Tecidos

Não identificadas – Profundidade indeterminada

Suspeita de Lesão nos Tecidos Profundos – Profundidade indeterminada

91

CATEGORIA I: ERITEMA NÃO BRANQUELÁVEL

Esta categoria é caracterizada por:

- Eritema não irreversível
- Não há perda de pele
- Não há perda de tecido
- Não há perda de estrutura

Esta categoria é caracterizada por:

- Eritema não irreversível
- Não há perda de pele
- Não há perda de tecido
- Não há perda de estrutura

92



93

Transcortina®

Linovera®

94

ÁCIDOS GORDOS HIPEROXIGENADOS

Para auxiliar o tratamento de feridas abertas

Prostaglandinas

Liberação de cálcio e de magnésio

95

ÁCIDOS GORDOS HIPEROXIGENADOS

Para auxiliar o tratamento de feridas abertas

Prostaglandinas

Liberação de cálcio e de magnésio

96

ÁCIDOS GORDOS HIPEROXIGENADOS

Para auxiliar o tratamento de feridas abertas

Prostaglandinas

Liberação de cálcio e de magnésio

97

CATEGORIA II: PERDA PARCIAL DA ESPESSURA DA PELE

Esta categoria é caracterizada por:

- Perda parcial da pele
- Perda parcial da estrutura
- Perda parcial da função

98



99



100

CATEGORIA III: PERDA TOTAL DA ESPESSURA DA PELE

Esta categoria é caracterizada por:

- Perda total da espessura da pele
- Perda total da estrutura
- Perda total da função

101

CATEGORIA IV: PERDA TOTAL DA ESPESSURA DOS TECIDOS

Esta categoria é caracterizada por:

- Perda total da espessura dos tecidos
- Perda total da estrutura
- Perda total da função

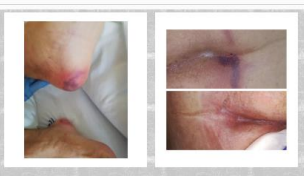
102

SUSPEITA DE LESÃO DO TECIDO PROFUNDO

Esta categoria é caracterizada por:

- Suspeita de lesão do tecido profundo
- Suspeita de lesão do tecido profundo
- Suspeita de lesão do tecido profundo

103



104



105



106



107

EVOLUÇÃO: SERÁ QUE VAI ÚLCERAR?

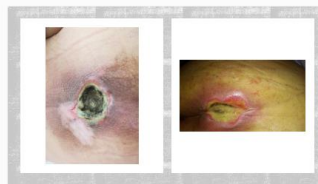
108



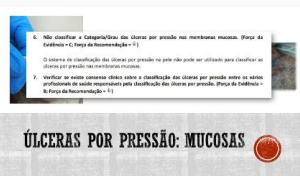
109



110



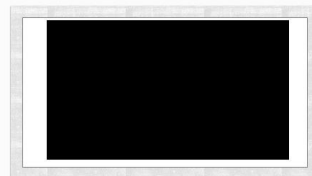
111



115



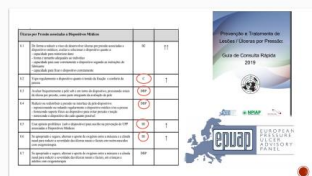
116



117



118



119



120



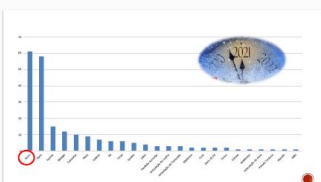
121



122



123



124



125



126

RECOMENDAÇÕES

Antes **Durante** **Após**

- Posicionamento da dispositiva seguindo de **ESCALA** a **PREVENIR** que Reguem sob o cinto ou final de Reguem
- Remova todos os dispositivos não essenciais da forma a **limpar** e **aproveitamentos**, incluindo pontos a possibilidade de **lesões** dermatológicas **verifique** não o **doentes** - Especial atenção aos **extremos** de **membranas**.

[illegible]

SUPERFÍCIES DE APOIO



Enxovalados de forma individual:
 Fôlvi e imobilidade em ortostase
 Hipercondria de contratura musculosa e fôlvi de torço
 Tampo e pass de inatidã
 Mito, gârdia e lãrdia de drcas
 Rãco de desenvolvimento de noas drcas por presso por presso estimo



PRÁTICA CLÍNICA

- Quanto tempo passamos em doenças em radiologia?
- Que experiências de apoio temos diagnosticar?

Qual o apoio em doenças graves radiologia e doenças com sintomas por semanas?

Diagnóstico de sintomas de apoio relacionados ao câncer? Doença com boa resposta imunológica?

Considerar perfis de resposta no luto para promover a identificação das doenças no estágio sintomático e imunitário.

Alfreda, 2019

[illegible]

GESTÃO DAS CARGAS TECIDUAIS MEDIANTE AS SUPERFÍCIES DE APOIO



- O grau de flexão varia entre 90° e 120° e a configuração da cápsula varia de acordo com o grau de flexão, o que resulta em uma distribuição diferente das cargas teciduais.
- Nas DMBO (DMBO 1 e 2), a extensão da cápsula varia de acordo com o grau de flexão, o que resulta em uma distribuição diferente das cargas teciduais.
- A carga tecidual varia de acordo com o grau de flexão, o que resulta em uma distribuição diferente das cargas teciduais.
- A carga tecidual varia de acordo com o grau de flexão, o que resulta em uma distribuição diferente das cargas teciduais.

- Adaptado de: [1]

PARÂMETROS DE DESEMPENHO DAS SUPERFÍCIES DA BOTA

- **Peso** – o peso da bota e o equipamento são fundamentais a todos os trabalhos e, portanto, o peso médio das bota com equipamento varia entre 20 kg e 45 kg e o peso do equipamento varia entre 10 kg e 20 kg, segundo a norma ABNT NBR 12746.
- **Redução da pressão** – fundamental evitar um aumento da capacidade de pressão da superfície da bota, segundo a norma ABNT NBR 12746, a área da bota e a pressão transferida para o trabalhador.
- **Resistência térmica** – a capacidade de isolamento térmico da bota é um dos parâmetros de desempenho da bota e varia de acordo com o tipo de superfície, material e a superfície utilizada no trabalho.
- **Custo** – uma bota medida e com o corpo de trabalho menor, menor é o custo da bota medida e a resistência da bota medida também é menor.

BOTTOMING OUT

- O termo **Bottoming out** descreve as situações em que o **PL** não está a proporcionar uma adequada redistribuição de pressão.
- A malícia é feita colocando o não ao lado da disposição e se sentir apenas alguns centímetros de espessura, significa que o dispositivo já não está funcional.
- Como medida a Longear sobre a disposição com o punho fechado, se sentir a base da cama trincar Bottoming out.



Capacidade de empenamento elevada




Textura: *Textura = modo de se entrelaçar as fibras*

- **Contorno do bastimento ou da batenteira** - *Contorno = a maneira como se entrelaçam as fibras*
- **Contorno do fio** - *Contorno = a maneira como se entrelaçam as fibras para formar o fio*
- **Contorno do tecido** - *Contorno = a maneira como se entrelaçam as fibras para formar o tecido*
- **Contorno do fio e do tecido** - *Contorno = a maneira como se entrelaçam as fibras para formar o fio e o tecido*

Características de uma batenteira:

- **Condição de batimento** - *Condição = a maneira como se entrelaçam as fibras*
- **Contorno da batenteira** - *Contorno = a maneira como se entrelaçam as fibras*
- **Relevo e frêz** - *Relevo = a maneira como se entrelaçam as fibras*
- **Relevo e frêz** - *Relevo = a maneira como se entrelaçam as fibras*

SUPERFÍCIES DE APOIO CONTROVERSAS

- **EPSC e a RHPSC (2000)** reconheceram a ideia e usaram superfícies *quase-flores*, a fim de parecerem abstratas e superfícies *quase-linha* a fim de parecerem dinâmicas mais simples e reducionistas. RHPSC conseguiu.
- Críticas de validade para a técnica usou uma área muito larga aumentando a potencial combinação de força normal com o comprimento – momento do eixo de probabilidade de estresse na superfície.
- Com o uso de pole de curvatura sintética não é recomendado para a maioria das superfícies de apoio. A maioria das superfícies de apoio natural podem atuar a favor ou em oposição de LIP e Gargallo e Viegas (2000) defendem que, para a maioria das superfícies de apoio de curvatura reduzida a incidência de lesões no tecido a sustentação não pressão.

MATERIAL DE PENSO NA PREVENÇÃO

• **condutores e barreiras da exsudação**
 Barreiras de prevenção, como por exemplo a utilização de gases e filmes e a aplicação em locais de exsudação, nos locais de maior risco de exsudação (úlceras, feridas, queimaduras, lesões e escaras);

The Kahoot! logo is on the left, featuring the word "Kahoot!" in white text on a red, yellow, and green background. The Mentimeter logo is on the right, featuring the word "Mentimeter" in black text on a white background, with a small blue and red icon to its left.

A cartoon illustration showing a brain with a speech bubble saying "L'è un peu difficile" (It's a bit difficult) standing at a fork in the road. A signpost points left with the text "L'attention, l'organisation et les émotions" (Attention, organization and emotions) and points right with the text "Mais c'est intéressant" (But it's interesting). A small figure of a person is walking away on the right path.



“... O SEGREDO DE UM GRANDE SUCESSO,
ESTÁ NO TRABALHO DE UMA GRANDE
EQUIPA...”

OBIGADA!!!!

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO



A QR code is displayed on a dark background, with a white circle partially visible to its left.

Apêndice C: Plano esquemático do Programa de Formação

Plano esquemático do Programa de Formação

TEMA: Úlceras por Pressão no doente crítico no Serviço de Medicina Intensiva: Prática baseada na evidência vs diagnóstico diferencial na prevenção. OBJECTIVO GERAL: Capacitar os Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva para a tomada de decisão segura na Prevenção de Úlceras por Pressão no doente crítico. OBJETIVOS ESPECIFICOS: • Desenvolver boas práticas na prevenção de Úlceras por Pressão no Doente crítico no Serviço de Medicina Intensiva; • Desenvolver estratégias de intervenção (autónomas e interdependentes) em cuidados de enfermagem especializados no âmbito de prevenção de Úlceras por Pressão no doente crítico; • Promover através da formação dos enfermeiros a implementação de práticas seguras na prestação de cuidados ao doente crítico, contribuindo para o Plano Nacional de Segurança do doente 2021-2026 e reduzindo a taxa de incidência de Úlceras por Pressão no Serviço de Medicina Intensiva; • Melhorar os registos de enfermagem e a comunicação entre enfermeiros no âmbito da classificação das Úlceras por Pressão; • Capacitar os enfermeiros para o diagnóstico diferencial entre lesões por humidade e Úlceras por Pressão; • Capacitar os enfermeiros para o uso de superfície de apoio e como diferenciá-las.			DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva DATA: 15/03/2022 e 24/03/2022 HORA: 15.00 – 19:00; 09.00-13.00. DURAÇÃO: 8h00 LOCAL: Auditório Principal do Hospital
ETAPAS	TEMPO	CONTEUDOS	MÉTODOS (RECURSOS)
INTRODUÇÃO	10 min.	• Apresentação do formador; • Apresentação dos objetivos da sessão; • Introdução ao tema.	Expositivo (Computador, projetor e tela branca)

DESENVOLVIMENTO	3h30min	<u>- Úlceras de Pressão no doente crítico:</u> • Magnitude da problemática. • Definição de conceitos. • Classificação Internacional das Úlceras por Pressão. • Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos no doente crítico: como prevenir. Qual o papel do enfermeiro nesta prevenção. • Prevenção de Úlceras por Pressão no doente Neurocrítico. <u>- Diagnóstico diferencial entre Úlceras por Pressão e de lesões por humidade:</u> • Critérios que o enfermeiro se deve basear para a diferenciação • Como tratar ou prevenir uma lesão por humidade/ dermatite de incontinência. • Como fazer a gestão da dermatite de incontinência. • Como se classifica as dermatites de Incontinência atualmente. <u>-Plano preventivo no doente crítico.</u> • Dispositivos médicos no doente crítico: Gestão da humidade. • Que dispositivos usar. Como fazer a gestão das cargas tecidulares mediante as superfícies de apoio. • De que forma o provizio pode ajudar na prevenção. • Quais as funções do equipamento Provizio. • Mobilização do doente crítico. • Que aspetos deve o enfermeiro ter em atenção na escolha de superfícies de apoio, e em que se deve basear o enfermeiro para a tomada de decisão. • Quais os ganhos em saúde com a prevenção.	Expositivo/Demonstrativo/Participativo (Computador, projetor, tela branca, superfícies de apoio da Arjo)
CONCLUSÃO	20min	• Síntese de conteúdos e estratégias de prevenção, realizada em grupo com os formandos, com intuito de consolidar os conteúdos abordados durante a sessão de formação; • Encerramento da sessão de formação.	Participativo (Computador, projetor, tela branca)

AVALIAÇÃO	5min.	Aplicação de questionário de avaliação da formação.	Expositivo/Participativo (Questionário de avaliação)

Proponente: Tiago André Batista Silva, Enfermeiro nº OE 80711, aluno do VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA do Instituto Politécnico Viana do Castelo.

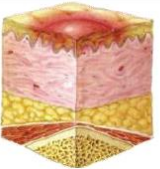
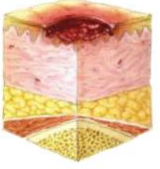
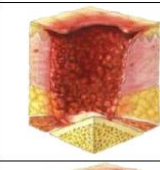
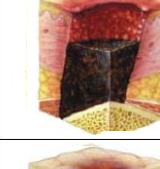
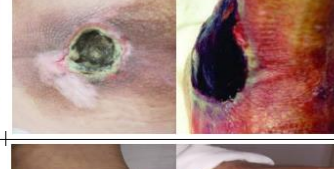
Formadores:

- Paulo Jorge Pereira Alves, Assistente na Universidade Católica Portuguesa; Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária; Mestre em Administração e Gestão de Educação; Doutorado em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa.
- Tiago André Batista Silva, Enfermeiro no Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos; Coordenador do conselho regional de Braga da Sociedade de Feridas; Membro efetivo da comissão de Feridas do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos;
- Silvia Manuela Ramalho, Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico Viana do Castelo; Enfermeira no Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos; Membro do conselho regional de Braga da Sociedade de Feridas; Elo de ligação à comissão de Feridas do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos;

Colaboração: Rute Monteiro, *Account Manager* ARJO, Fornecedor de equipamentos e sistemas médicos,

Apêndice D: Poster da Classificação de UPP

CLASSIFICAÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Categoria I Eritema Não Branqueável			- Pode anteceder a ulceração da pele. - Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada geralmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento, a sua cor pode ser diferente da pele circundante. Alterações na cor não incluem descoloração arroxeada. - Comparativamente ao tecido adjacente, a área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria."
Categoria II Perda Parcial da Espessura da Pele			- Perda parcial da derme. Apresenta-se como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa viável sem tecido desvitalizado, ou equimose. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso. - Não devem ser utilizadas para descrever fissuras da pele, queimaduras ou abrasões, macerações ou dermatites de incontinência.
Categoria III Perda total da espessura da Pele			- O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível e na úlcera verifica-se tecido de granulação e contração dos bordos da ferida. - Os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Podem ser cavidades e/ou fistuladas nas estruturas adjacentes. - Dependendo da localização, a profundidade de uma UPP cat. III pode variar. Exemplo: nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo, pelo que a UPP cat. III pode ser superficial. - Em locais com tecido adiposo abundante podem ser profundas.
Categoria IV Perda total da Espessura dos Tecidos			- Perda total da espessura dos tecidos, com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado húmido e/ou tecido necrótico. São cavidades e fistuladas. - A profundidade de uma UPP cat.IV varia com a localização anatómica à semelhança da UPP cat. III. - Podem atingir músculo e/ou estruturas de suporte (fáscia, tendão ou cápsula articular) havendo possibilidade de ocorrer osteomielite ou osteíte. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável."
Não Graduáveis/Inclassificáveis Profundidade Indeterminada			- Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo-escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. - Até que seja removido tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e, por conseguinte, a verdadeira Categoria/Grau, não podem ser determinados. Um tecido necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como "penso (biológico) natural" e não deve ser removido.
Suspeita de Lesão nos Tecidos Profundos Profundidade Indeterminada			- Área vermelha-escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento. A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente." - Alteração da dor e temperatura antecede alterações na cor da pele. - Evolução: pequena flictena sobre o leito de uma ferida escura. - Normalmente localizada numa proeminência óssea resultante de pressão ou cisalhamento intensos na interface osso/músculo.
Membranas Mucosas			- O sistema de classificação das UPP na pele não pode ser usado para classificar as UPP em Membranas Mucosas. - Devem ser registados como UPP em membranas mucosas, mas não podem ser categorizadas.

NOTA: NÃO PROCEDER À CATEGORIZAÇÃO INVERSA.

Apêndice E: Questionário da Avaliação da Formação

TEMA: Programa de Formação nos Enfermeiros, na área de Prevenção de Úlceras por Pressão no Doente Crítico.

Designação da Ação: Úlceras por Pressão no doente crítico no Serviço de Medicina Intensiva: Prática baseada na evidência vs diagnóstico diferencial na prevenção

Duração da Ação: 4 horas.

Data: 15/03/2022; 24/03/2022

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA FORMAÇÃO

Os questionários são anónimos e individuais. Para o preenchimento do questionário assinala com um X o valor da escala que considere mais adequado à avaliação dos itens assinalados (sendo 1 o nível mais baixo de satisfação e 5, o mais alto).

1. Avaliação geral da Ação:

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Os objetivos propostos foram cumpridos.					
A metodologia foi adequada aos participantes.					
Os trabalhos, exercícios e atividades foram suficientes.					
A duração da ação/formação foi adequada.					
A gestão de recursos foi adequada.					
O relacionamento entre os participantes foi positivo.					
O espaço onde decorreu a ação de formação foi adequado.					
Os meios audiovisuais foram adequados para a formação.					
Relação dos formadores com o grupo de formandos.					
A documentação foi suficiente.					
O equilíbrio da teoria e prática foi ajustado.					

2. Avaliação de impacto da Ação:

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
A ação de formação veio ao encontro das minhas necessidade de formação e permitiu adquirir novos conhecimentos.					
Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções.					
Os conhecimentos adquiridos vão ter impacto na minha atividade profissional.					

Após esta formação irei utilizar as competências adquiridas no processo de ensino e aprendizagem.					
---	--	--	--	--	--

3. Avaliação dos Formadores:

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Houve aprofundamento dos temas.					
A concretização dos diferentes conteúdos temáticos foi concretizada.					
O formador demonstrou domínio de conteúdos abordados.					
A linguagem utilizada foi clara e assertiva.					
A adaptação do discurso aos destinatários/ finalidades foi conseguida.					
Houve capacidade para esclarecer as dúvidas sugeridas.					

4. Sugestões e críticas:

O que considerou mais útil na formação:
Sugestões de melhoria:
Temas que gostaria de ver mais desenvolvidos:

Obrigada pela sua participação.

Tiago André Baptista da Silva,

Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viana do
Castelo

Apêndice F: Questionário de Colheita de Dados

Caro Colega,

Sou Enfermeiro e aluno do VII curso Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, 2º ano da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, ano letivo 2020/2021.

Encontro-me a desenvolver uma investigação de abordagem quantitativa, inserida num estudo descritivo e exploratório no qual pretendo avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção de UPP.

Para avaliar os conhecimentos dos enfermeiros da Unidade Cuidados Intensivos irá ser aplicada a Escala Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool (PUKAT). Neste sentido solicito a sua colaboração para o preenchimento deste instrumento de avaliação.

O questionário é composto por 29 questões que foram elaboradas com base nas evidências científicas da literatura e nas guidelines internacionais.

Deve seleccionar apenas **a única opção correta** em cada questão.

Não assine o seguinte questionário. A confidencialidade e o anonimato serão mantidos.

Este questionário apresenta 5 páginas, por favor confirme no final que respondeu a todas as perguntas.

Muito Obrigado pela sua colaboração.

Enfermeiro Tiago Silva

1. **Qual das afirmações está correta?**
 - a. A má nutrição provoca úlceras de pressão. []
 - b. Uma falta de oxigénio provoca úlceras de pressão. []
 - c. A humidade provoca úlceras de pressão. []
2. **Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver úlceras de pressão do que pacientes obesos.**
 - a. Correto. A área de contacto envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior. []
 - b. Incorreto. A pressão é menor porque o peso corporal desses pacientes é inferior ao peso corporal dos pacientes obesos. []
 - c. Incorreto. O risco de desenvolvimento de uma perturbação vascular é maior nos pacientes obesos. O que aumenta o risco de desenvolver uma úlcera de pressão. []
3. **O que acontece quando um doente, sentado numa posição semi-sentada (60°), escorrega?**
 - a. A pressão aumenta quando a pele adere à superfície. []
 - b. A fricção aumenta quando a pele adere à superfície. []
 - c. A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície. []
4. **Qual das afirmações está correta?**
 - a. O sabão pode desidratar a pele e, portanto, aumenta o risco de úlceras de pressão. []
 - b. A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão. []
 - c. A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície. []
5. **Qual das afirmações está correta?**
 - a. A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de úlceras de pressão. []
 - b. Doentes muito obesos que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não correm risco de desenvolver úlceras de pressão. []
 - c. A má nutrição e a idade não têm impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem um peso normal. []
6. **Qual das afirmações está correta?**
 - a. Uma úlcera de pressão que se estenda até à fáscia é uma úlcera de pressão de categoria 3. []
 - b. Uma úlcera de pressão que se estenda através da fáscia subjacente é uma úlcera de pressão de categoria 3. []
 - c. Uma úlcera de pressão de categoria 3 é sempre precedida por uma úlcera de pressão de categoria 2. []
7. **Qual das afirmações está correta?**

- a. Uma flictena no calcanhar de um paciente é sempre uma úlcera de pressão de categoria 2. []
 - b. Todas as categorias (1,2,3 e 4) de úlceras de pressão envolvem perda de camadas cutâneas. []
 - c. Quando ocorre necrose, trata-se de uma úlcera de pressão de categoria 3 ou 4. []
- 8. Um doente desenvolve uma flictena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correta?**
- a. A lesão cutânea é uma úlcera de pressão categoria 1. []
 - b. A lesão cutânea é uma úlcera de pressão categoria 2. []
 - c. A lesão cutânea não é uma úlcera de pressão. []
- 9. Qual das afirmações está correta?**
- a. Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama. []
 - b. Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão de fricção. []
 - c. Uma úlcera geminada é provocada pela pressão e pela força de torção. []
- 10. Numa posição sentada, é mais provável que as úlceras se desenvolvam:**
- a. Na área pélvica, cotovelo e calcanhar. []
 - b. Joelho, tornozelo e anca. []
 - c. Anca, ombro e calcanhar. []
- 11. Qual das afirmações está correta?**
- a. Todos os doentes que corram risco de desenvolver úlceras de pressão deveriam ser alvo de inspeção cutânea sistemática uma vez por semana. []
 - b. A pele de doentes sentados numa cadeira, que não se possam mexer a si próprios, deveria ser inspecionada a cada duas a três horas. []
 - c. Os calcanhares de doentes deitados numa superfície que redistribua a pressão deveriam ser observados, no mínimo, uma vez por dia. []
- 12. NÃO existe uma relação entre o risco de úlcera de pressão e:**
- a. A idade. []
 - b. A desidratação. []
 - c. A hipertensão. []
- 13. Qual das afirmações está correta?**
- a. As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção. []
 - b. A utilização de escalas de avaliação do risco reduz o custo da prevenção. []
 - c. Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica. []
- 14. Qual das afirmações está correta?**
- a. O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio. []

- b. Devem ser utilizados pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. []
- c. Um doente com um historial de úlceras de pressão corre um risco maior de desenvolvimento de novas úlceras de pressão. []

15. Qual das afirmações está correta?

- a. A má nutrição provoca úlceras de pressão. []
- b. A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas. []
- c. A otimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão. []

16. Os doentes com um mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque:

- a. A má nutrição coincide frequentemente com outros fatores, como atividade restrita e movimentos espontâneos limitados. []
- b. A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão. []
- c. A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão. []

17. A posição sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:

- a. Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés. []
- b. Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão. []
- c. Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés. []

18. Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de úlcera de pressão?

- a. Posição supina - lado em posição lateral de 90° - posição supina - posição lateral de 90° - posição supina. []
- b. Posição supina - lado em posição lateral de 30° - la do em posição lateral de 30° - posição supina. []
- c. Posição supina - lado em posição lateral de 30° - posição sentada - posição lateral de 30° - posição supina. []

19. Qual das afirmações está correta?

- a. Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira. []
- b. Numa posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90 graus com a cama. []
- c. As forças de torção afetam o sacro ao máximo quando a cabeceira da cama se encontra posicionada nos 30°. []

20. Se um doente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude da pressão no assento pode ser mais reduzida através de:

- a. Uma almofada de ar espessa. []
- b. Uma almofada de espuma em forma de argola. []
- c. Uma almofada de gel. []

21. Qual das afirmações está correta?

- a. As almofadas em argola ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira. []
- b. Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira. []
- c. Uma almofada de espuma visco-elástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira. []

22. Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica..

- a. Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com reposicionamento. []
- b. Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 2 horas. []
- c. Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 4 horas. []

23. Uma desvantagem de um colchão de água assenta em:

- a. A força de torção nas nádegas aumenta. []
- b. A pressão nos calcanhares aumenta. []
- c. Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos. []

24. Quando um doente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão:

- a. A elevação dos calcanhares não é necessária. []
- b. A elevação dos calcanhares é importante. []
- c. Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (bottoming out), pelo menos duas vezes por dia. []

25. O reposicionamento é um método preventivo preciso porque...

- a. A magnitude da pressão e da força de torção serão reduzidas. []
- b. A quantidade e duração da pressão e da força de torção serão reduzidas. []
- c. A duração da pressão e da força de torção serão reduzidas. []

26. Serão menos os doentes a desenvolverem uma úlcera de pressão se...

- a. Forem providenciados suplementos alimentares. []
- b. As áreas em risco forem massajadas. []
- c. Se mobilizarem os pacientes. []

27. Qual das seguintes afirmações está correta?

- a. Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser reposicionados a cada duas horas. []
- b. Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de ar alternado deveriam ser reposicionados a cada 4 horas. []
- c. Os doentes em risco, que estejam deitados num colchão de espuma visco-elástica deveriam ser reposicionados a cada 2 horas. []

28. Quando um doente está deitado num colchão de ar de pressão alternada, a prevenção de úlceras de pressão nos calcanhares inclui:

- a. Nenhuma medida preventiva específica. []
- b. Uma almofada redutora da pressão sob os calcanhares. []
- c. Uma almofada sob as pernas elevando os calcanhares. []

29. Se um doente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de úlceras de pressão mais apropriada é:

- a. Um colchão de espuma de redistribuição de pressão. []
- b. Um colchão de ar de pressão alternada. []
- c. Tratamento local das áreas de risco com pomada de óxido de zinco. []

Obrigado pela sua participação!

Apêndice G: Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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

Título do estudo: “Conhecimentos dos Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva na área de prevenção de Úlceras por Pressão”.

O presente estudo enquadra-se no âmbito VII curso Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, 2º ano da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, ano letivo 2020/2021. Pretende-se desenvolver o referido estudo no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital.

O principal objetivo do estudo consiste analisar o conhecimento dos enfermeiros do serviço de medicina intensiva sobre a prevenção de Úlceras por Pressão. Será efetuada a colheita de dados através da aplicação de uma escala do conhecimento sobre prevenção de Úlceras por Pressão, validada para a população portuguesa em 2012, designada Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool. O preenchimento da escala decorrerá no respetivo Serviço de Medicina Intensiva. Serão selecionados os participantes que correspondam aos critérios de inclusão para o respetivo estudo. Apenas terão acesso à colheita de dados o investigador, co-investigadores e a docente que orienta o estudo.

O estudo não envolve qualquer risco potencial, quer sejam sociais, legais ou financeiros. A participação no referido estudo é voluntária, podendo o participante retirar-se em qualquer momento do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo para o mesmo. O presente estudo mereceu parecer favorável da Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Intensiva, Diretor Clínico do Serviço de Medicina Intensiva e da Comissão de Ética do Hospital.

O tratamento dos dados obtidos garante o anonimato dos participantes, nunca sendo feito qualquer tipo de uso que possa revelar a identidade dos participantes e serão utilizados apenas para dar resposta ao presente estudo.

Assinatura/s:

.....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura,

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

ANEXOS

Anexo I: Declaração de Formador, na Sessão de Formação em Serviço: “ UPP em UCI”

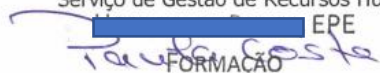
DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que **Tiago André Batista Silva**, participou durante o ano **2021**, enquanto **formador**, nas seguintes ações de formação:

Data Início	Data Fim	Formação	Nº Horas
12/07/2021	12/07/2021	Úlceras de Pressão	1,00

Braga, 6 de setembro de 2022

Serviço de Gestão de Recursos Humanos

 EPE
FORMAÇÃO

Dra. Paula Costa

(Técnica Superior)

Anexo II: Declarações de Formando

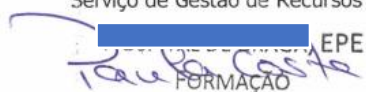
DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que **Tiago André Batista Silva**, participou durante o ano **2021** enquanto **formando**, nas seguintes ações de formação:

Data Início	Data Fim	Formação	Nº Horas
13/05/2021	13/05/2021	Formação N17 e N1	1,00
12/07/2021	12/07/2021	Prevenção e Controlo de Infecção	1,00
26/07/2021	26/07/2021	Controlo de Infecção	1,50
24/08/2021	24/08/2021	Nursing Activities Score	1,50
14/08/2021	14/08/2021	Gestão do Risco	1,50

Braga, 6 de setembro de 2022

Serviço de Gestão de Recursos Humanos

 EPE
FORMAÇÃO

Dra. Paula Costa

(Técnica Superior)

Anexo III: Declaração de Formador nas sessões dia 15 e 24 de março de 2022

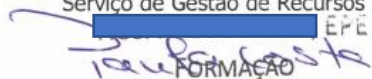
DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que **Tiago André Batista Silva**, participou durante o ano **2022**, enquanto **formador**, nas seguintes ações de formação:

Data Início	Data Fim	Formação
15/03/2022	15/03/2022	Prevenção Úlceras de Pressão e Lesões Humidade
24/03/2022	24/03/2022	Prevenção Úlceras de Pressão e Lesões Humidade

Braga, 6 de setembro de 2022

Serviço de Gestão de Recursos Humanos

 **FORMAÇÃO**

Dra. Paula Costa

(Técnica Superior)

Anexo IV: Exposição Prática do Programa de Formação



Anexo V: Parecer Conselho de Ética, Enfermeira Chefe e Diretor Clínico

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética nada obsta a aplicação do estudo e emite parecer favorável.

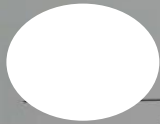
O Presidente

Juan R Garcia

23/8/21
HOSPITAL DE SALGADA, SAE
DIRETOR CLÍNICO

(JOSE MARIA)

Comissão de Ética


Tiago Silva

Em relação ao estudo supracitado, autorizo a sua realização do mesmo no serviço sob minha direção sendo que o Serviço reúne as condições necessárias para a concretização do mesmo.

Braga, 25 de Junho de 2021

Enfermeiro(a) Chefe do Serviço
Alma Isabel Sousa Pereira SJP

Braga, 15 de Junho de 2021

O Investigador Principal
Tiago Andre Batista Silva

Em relação ao estudo supracitado, autorizo a sua realização do mesmo no serviço sob minha direção sendo que o Serviço reúne as condições necessárias para a concretização do mesmo.

Braga, 15 de Junho de 2021

Comissão de Ética

O Diretor do Serviço
Luís Lata (22219)

Anexo VI: Autorização para o uso da escala PUKAT

