



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Manutenção da Integridade Cutânea na Pessoa em
Situação Crítica sob Ventilação Mecânica Invasiva:
Intervenção de Enfermagem Especializada**

Joana Rita Abreu Valente



**Lisboa
2022**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**
Relatório de Estágio

**Manutenção da Integridade Cutânea na Pessoa em
Situação Crítica sob Ventilação Mecânica Invasiva:
Intervenção de Enfermagem Especializada**

Joana Rita Abreu Valente



Orientadora: Professora Doutora Helga Marília da Silva Rafael
Henriques



Lisboa
2022

"Há uma força motriz mais poderosa que o vapor e a eletricidade: a Vontade!"

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à professora Helga Rafael pelo acompanhamento, orientação, rigor, e motivação quando o meu cansaço e desmotivação falavam mais alto.

À Enfermeira Guida Amaral, minha orientadora no Serviço de Urgência (SU), uma referência na enfermagem. Obrigada pelo conhecimento, partilha/ discussões, e rigor científico no meu percurso de aquisição de competências, que foi desenvolvido durante o pico da pandemia Covid-19 e que mesmo assim esteve sempre disponível no meu percurso. Uma referência na Enfermagem

À Enfermeira Patrícia Carvalho, minha orientadora na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), e que mesmo estando a UCI a passar por um momento de transformação importante na fase de “rescaldo do pico de pandemia”, que exige um esforço acrescido na equipa e principalmente nos chefes de equipa esteve sempre disponível para permitir novos momentos de aprendizagem e discussão, mesmo nos dias de maior cansaço físico e emocional na UCI Covid.

Ao meu Xico pela motivação diária, companheirismo, compreensão, paciência e amor infindáveis. Contigo tudo é mais fácil.

Ao meu pai e ao Enfermeiro Valente, ambos a mesma pessoa, pelo valores transmitidos, não só de vida como na profissão. A importância do respeito pelo outro, a capacidade de escutar, a capacidade de cuidar, ... por me fazer adorar uma profissão mesmo antes de ela ser minha, apenas e só pela forma como falava dela. Obrigada por me ensinares todos os dias a ser melhor Enfermeira e pessoa.

À minha mãe por toda a educação transmitida, espírito de sacrifício, capacidade de trabalho, ..., e por todas as marmitas quentinhas para aconchegar os turnos, os momentos de estudo e os momentos de descanso.

Aos dois pelo amor incondicional e pelas constantes palavras de motivação que nunca me deixaram desistir mesmo nos momentos em que eu estava mais cansada e mais debilitada em termos de saúde.

Às minhas irmãs, que mesmo não sendo da área, me ajudaram com as traduções de artigos e tinham sempre uma piada pelos meus erros quando o cansaço já era muito.

À equipa que coordeno pela paciência por alguma falha minha durante este processo.

O meu muito obrigada a todos.

RESUMO

A pele para além de ser o maior órgão do corpo humano também é um foco de atenção importante no exercício da enfermagem. A manutenção da integridade da pele é considerada um indicador importante da qualidade dos cuidados de saúde prestados. As Lesões por Pressão representam o tipo de lesão da pele com maior prevalência nos cuidados de saúde, em particular em Unidades de Cuidados Intensivos, e estão associadas ao aumento da prevalência de infeções.

Este documento apresenta o Relatório de Estágio referente ao Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica, cujo o objetivo geral foi desenvolver competências especializadas na promoção da integridade cutânea na pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.

Para alcançar estes objetivos elaborou-se uma revisão integrativa da literatura e realizaram-se dois estágios, um em Serviço de Urgência e outro em Unidade de Cuidados Intensivos, ambos no mesmo Hospital. Recorreu-se ao estudo individual, à orientação tutorial e à reflexão individual para dar resposta às necessidades de aprendizagem emergentes. Todo o percurso esteve sustentado na teoria do conforto de Katherine Kolcaba.

Este percurso contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns e específicas como enfermeiro especialista na área de especialização pessoa em situação crítica, colocando em evidência a promoção da integridade cutânea, a prevenção de lesões por pressão e a garantia do conforto da pessoa sob ventilação mecânica em Unidade de Cuidados Intensivos. Evidenciou ainda a necessidade da formação das equipas de enfermagem nesta área, bem como a importância de ações de gestão dos cuidados sistematizadas e concertadas com as necessidades contextuais.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica; Ventilação Mecânica Invasiva; Integridade cutânea.

ABSTRACT

The skin, in addition to being the largest organ in the human body, is also an important focus of attention in nursing. The maintenance of skin integrity is considered an important indicator of the quality of health care provided. Pressure Injuries represent the most prevalent type of skin lesion in healthcare, particularly in Intensive Care Units, and are associated with an increased prevalence of infections.

This document presents the Internship Report referring to the Master's Course in Nursing, Area of Specialization in the Person in Critical Situation, whose general objective was to develop specialized skills in the promotion of skin integrity in the person in critical situation under invasive mechanical ventilation.

To achieve these objectives, an integrative literature review was carried out and two internships were carried out, one in the Emergency Department and the other in the Intensive Care Unit, both in the same Hospital. Individual study, tutorial guidance and individual reflection were used to respond to emerging learning needs. The entire journey was based on Katherine Kolcaba's theory of comfort.

This path contributed to the development of common and specific competences as a specialist nurse in the area of specialization, person in critical situation, highlighting the promotion of skin integrity, the prevention of pressure injuries and the guarantee of the comfort of the person under mechanical ventilation in the Intensive Care Unit. It also highlighted the need for training nursing teams in this area, as well as the importance of systematized care management actions in line with contextual needs.

Keywords: Person in critical situation; Invasive Mechanical Ventilation; Skin integrity.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ADR – Área de Doentes Respiratórios.

APA – American Psychological Association.

APTF – Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas.

ARDS – Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo.

ATCN – Advance Trauma Care for Nurses.

AVC – Acidente Vascular Cerebral.

bpm – Batimentos por minuto.

CCI – Comissão de Controlo de Infecção.

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica.

CmH₂O – Centímetros de água.

CVC – Cateter Venoso Central.

dB – Decibéis.

DGS – Direção Geral de Saúde.

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio.

ECG – Electrocardiograma.

EPI – Equipamento de Proteção Individual.

ERGF – Enfermeira Responsável do Grupo de Feridas.

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

GPT – Grupo Português de Triagem.

h – Horas.

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros.

INE – Instituto Nacional de Estatística.

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica.

ITU – Infecções do Trato Urinário.

JBI – Joanna Briggs Institute.

Km – Kilómetros.

LP – Lesões por Pressão.

MARSI – Medical Adhesive Related Skin Injury.

NPUP – National Pressure Ulcer Advisory Panel.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

OM – Ordem dos Médicos.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação.
PCR – Paragem Cardio-Respiratória.
PO – Per-os.
PSC – Pessoa em Situação Crítica.
RAPS – Risk Assessment Pressure Ulcer Scale.
RENTEV – Regulamento Nacional do Testamento Vital.
REPE – Regulamento para o Exercício Profissional do Enfermeiro.
RIL – Revisão Integrativa da Literatura.
SAV – Suporte Avançado de Vida.
SDRA – Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda.
SO – Serviço de Observação.
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
SU – Serviço de Urgência.
TOT – Tubo Orotraqueal.
UC – Unidade Curricular.
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos.
UMA – Unidade Maço Ano.
UPP – Úlcera por Pressão.
VM – Ventilação Mecânica.
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva.
VNI – Ventilação Não Invasiva.
WHO – World Health Organization.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1. Pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.....	21
2. Integridade cutânea: Foco de atenção dos cuidados de Enfermagem	23
CAPÍTULO II. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	34
1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	35
2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	44
3. Domínio da Gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	49
4. Cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica.	53
5. Dinamiza as respostas em situação de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação.	56
6. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas ...	59
7. A manutenção da integridade cutânea na PSC sob VMI no SU.....	62
8. A manutenção da integridade cutânea na PSC sob VMI na UCI	65
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	
APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO	
APÊNDICE II – OBJETIVOS DE ESTÁGIO SU	
APÊNDICE III – OBJETIVOS DE ESTÁGIO UCI	
APÊNDICE IV – PLANO DE FORMAÇÃO VMI, VNI E ALTO FLUXO	
APÊNDICE V – PLANO DE FORMAÇÕES UCI	
APÊNDICE VI – PLANO DE FORMAÇÕES SU	
APÊNDICE VII – PRIMEIRA TABELA COLHEITA DE DADOS FERIDAS SU	
APÊNDICE VIII – SEGUNDA TABELA COLHEITA DE DADOS FERIDAS SU1	
APÊNDICE IX – LEMBRETES COMPUTADOR SU1	
APÊNDICE X – GUIA DE UTILIZAÇÃO DE PENSOS E APÓSITOS UCI3	
ANEXOS4	
ANEXO I – CERTIFICADO CURSO DE TRIAGEM5	

ANEXO II – CERTIFICADO WEBINAR #3 – ATELIER DE CICATRIZAÇÃO:
LIMPEZA DAS FERIDAS7

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório surge a elaboração deste relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica, o qual tem por base as competências descritas para o grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), bem como as definidas no curso (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), em estreita ligação com as preconizadas pelo Regulamento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º140/2019, 2019), assim como as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º. 429/2018, 2018).

Ao longo destes 10 anos de profissão desenvolvi competências como enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), e no último ano no Serviço de Urgência (SU), lidando diariamente com a Pessoa em Situação Crítica (PSC) sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e pude observar que vários doentes têm alta da UCI com lesões cutâneas, as quais condicionam a sua recuperação e vida futura. Esta perceção é confirmada pela evidência científica, onde está descrito que cerca de 85% dos doentes internados em UCI tiveram uma lesão cutânea iatrogénica durante o internamento (Badia et al, 2008).

Neste sentido, e após discussão com a minha orientadora, defini como tema do meu projeto: “Manutenção da integridade cutânea na pessoa em situação crítica sob Ventilação Mecânica Invasiva: Intervenção de Enfermagem Especializada”.

A pele é considerada um dos órgãos que mais sofre transformações à medida que a idade avança. Assim, manter a integridade cutânea é de extrema importância para que o organismo se possa defender das diversas alterações ou mudanças às quais a pessoa esteja exposta (Duarte et al, 2000). Este é o maior órgão do corpo humano, tendo um importante papel na defesa da vida mas, como qualquer outro órgão, pode sofrer agravamento do seu estado impossibilitando o seu papel, independentemente da classe social, perfil, idade ou género. (Duarte et al, 2021).

A manutenção da integridade cutânea é considerada, à luz dos conhecimentos atuais, como um forte indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados, particularmente ao nível da prevenção de lesões. É estimado que 1 a 1,5% da população dos países industrializados foi alvo de tratamento de lesões da pele, e na Europa 2 a 4% do orçamento da saúde destina-se a este tratamento (Micheli et al, 2017).

A pele é um dos focos de atenção importante no exercício da disciplina da Enfermagem, fazendo parte do cotidiano dos enfermeiros (Maranghello, 2021), e um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

A incidência de lesões na pele apresenta uma prevalência nos cuidados de saúde que varia entre 0-72.5%, mais concretamente uma prevalência em hospitais de agudos de 14.8% com uma incidência média de 6.33% (NPUAP, 2019).

A Direção Geral da Saúde relembra que 95% das Lesões por Pressão (LP) são evitáveis (Despacho N.º 1400-A/2015; Menoita, 2015), sendo fundamental conhecer e avaliar os custos da prevenção em detrimento do tratamento.

As lesões da pele são danos dermatológicos, que ao não serem tratadas adequadamente originam lesões maiores, perda de função tecidual, ou sépsis, o que comprova a importância da enfermagem na prevenção e tratamento destas lesões (Moreira et al, 2009).

O doente hospitalizado apresenta uma maior predisposição para desenvolver lesões cutâneas (Silva et al, 2013), sendo uma das complicações mais comuns, o aparecimento de alterações na pele. Estas têm uma maior incidência quando combinadas com fatores de risco, como por exemplo o facto de estarem sob protocolos terapêuticos que reduzem a perfusão periférica (Moreira et al, 2009) ou a restrição ao leito (Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, 2012), como é o caso dos doentes sob VMI.

Na Europa, actualmente, são submetidos a VMI por doença crítica entre 990000 e 1500000 pessoas/ano (Cerol et al, 2019). A dependência de VMI, técnica de substituição renal e drogas inotrópicas aumentam o risco de desenvolvimento de lesão por pressão (Wahlin et al, 2020). Os doentes dependentes de um destes tratamentos tem 7,7 vezes mais probabilidade de desenvolvimento de LP. Os dependentes de dois ou mais tratamentos destes têm 20 vezes mais probabilidade de desenvolvimento de LP (Wahlin et al, 2020), o que prova que a dependência de VMI tem um impacto negativo na integridade cutânea.

Em doentes críticos, especialmente sob ventilação mecânica, o risco de lesão à integridade cutânea por pressão é alto e pode aumentar os índices de comorbilidade e custos do doente internado (Mary et al, 2017 citando Alderden et al., 2011 & Anon, 2016 & Shahin et al., 2009a).

Na Unidade de Cuidados Intensivos as alterações na pele apresentam índices elevados em doentes com idade avançada, perda de peso e longos períodos de internamento. Estes doentes geralmente estão sedados e conseqüentemente restritos ao leito, com a mobilidade diminuída e exercem pressão prolongada em proeminências ósseas. Outros fatores como a utilização de

medicamentos vasopressores que controlam a pressão arterial e diminuem a circulação periférica também são relevantes, pois privam os leitos capilares de abastecer adequadamente a pele de oxigênio e nutrientes” (Cardoso et al, 2017).

O aparecimento de uma lesão na pele coloca em risco a manutenção do conforto do doente, estando implícita no desenvolvimento do meu relatório a teoria do conforto de Katherine Kolcaba.

O conceito conforto foi pela primeira vez descrito no livro de Florence Nightingale (1859), intitulado Notas de Enfermagem, sendo que esta autora já o categorizava como essencial.

Este conceito de conforto começou em 1908 por ser um conceito resultando de intervenções de ordem física, emocional e ambiental o qual foi desvalorizado em 1950 com a maior popularidade dos analgésicos (Brandão et al, 2019).

Na década de 70 voltámos a dar ênfase às medidas de conforto, no entanto, a evolução tecnológica desvalorizou a implementação das medidas de conforto. Esta visão manteve-se na década de 80 onde as medidas de conforto eram consideradas uma meta menos, que devia ser implementadas quando não havia mais possibilidade de cura (Brandão et al, 2019).

O conceito de conforto definido por Kolcaba começa a ser elaborado em 1982 e em 1992 operacionaliza o conceito. Esta é uma teoria de médio alcance, dirigindo-se a fenómenos e conceitos específicos que se reflectem na prática de Enfermagem (Kolcaba, 2009).

Kolcaba define conforto como a condição que é experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto (Kolcaba, 2009). A mesma autora define 3 tipos de conforto, alívio, tranquilidade e transcendência, os quais podem ser experienciados em quatro contextos diferentes: físico, psico- espiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2009).

O meu percurso de desenvolvimento de competências tem como objetivo geral, desenvolver competências especializadas na promoção da integridade cutânea na pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.

E como objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimento sobre a promoção da integridade cutânea na pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva;
- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica e família, sob ventilação mecânica invasiva;

- Refletir criticamente sobre os cuidados prestados à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva, tendo como foco de atenção a manutenção da integridade cutânea.

A metodologia utilizada para dar resposta a estes objetivos foi a pesquisa bibliográfica, visitas a campo, estágio em UCI e SU, observação da prática clínica, análise crítica dessa prática, jornais de aprendizagem, os estudos de caso, os trabalhos realizados nos contextos de estágio mediante as necessidades do serviço e o nosso tema de interesse, debates nas apresentações dos seminários, e relatórios parcelares de estágio.

Segundo Benner (2001) o desenvolvimento do conhecimento numa área prática, implica o aumento dos conhecimentos práticos, o saber como fazer e para tal são necessárias pesquisas científicas. Estas pesquisas científicas acompanharam todo o processo de desenvolvimento, marcadas pela realização da Revisão Integrativa da Literatura (RIL), e por todos os momentos de pesquisa durante os ensinamentos clínicos, finalizando com a realização deste relatório.

A RIL “é um método que permite a síntese de conhecimentos e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática, (...), com base na mais recente evidência científica” (Sousa et al, 2017).

A questão que foi levantada para orientar a realização da RIL foi: Quais as intervenções de Enfermagem promotoras da manutenção da integridade cutânea na PSC sob VMI?

De forma a responder à questão de investigação, foram previamente definidos os seguintes descritores: *Critical Patient*, *Invasive Mechanical Ventilation*, e *Skin Integrity*, segundo a mnemónica PI(c)O, preconizada pela *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2017) e posteriormente validados como termos médicos na *Medical Subject Headings* e na *Cinahl Subject Headings*.

A pesquisa foi realizada em duas bases de dados eletrónicas *online*: CINAHL e MEDLINE, acedidas através do motor de busca EBSCO, tendo sido elaborado o protocolo da RIL.

Para melhor espelhar e evidenciar o meu percurso de desenvolvimento de competências decidi dividir o meu relatório em 2 capítulos. No primeiro capítulo irei fazer o enquadramento teórico do tema tendo por base a visão da teórica Katherine Kolcaba, dando foco à PSC sob VMI, a integridade cutânea como foco de atenção dos cuidados de enfermagem, identificando os tipos de lesões e enumerando de forma fundamentada as intervenções de enfermagem com vista à manutenção da integridade cutânea. O segundo capítulo enquadra as competências do Enfermeiro Especialista, co-relacionando com as competências do enfermeiro especialista em

enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e as competências para aquisição do grau de mestre.

Seguidamente abordo o meu percurso de desenvolvimento de competências, tendo por base o tema que pautava o meu trabalho, em ambos os campos de estágio, finalizando o meu relatório com a conclusão.

O relatório elaborado teve por base o guia orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações da ESEL (Godinho, 2018), e as referências bibliográficas regem-se pela norma da American Psychological Association (7ª Edição APA).

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A procura pela evidência com vista a comprovar o valor das atividades e intervenções diárias do enfermeiro, descrita por Pearson et al (2005), e a sua prática, são fundamentais para a melhoria dos cuidados prestados, sendo o enfermeiro especialista o perfeito elo de ligação entre a evidência e a prática (Profetto- McGrath et al, 2010).

Para enquadrar a componente teórica do relatório, dividi este capítulo em dois sub-capítulos: o primeiro onde defino PSC sob VMI, e um segundo onde evidencio a integridade cutânea como foco da atividade da enfermagem, descrevendo as intervenções de enfermagem que contribuem para a manutenção dessa integridade e enumerando os tipos de lesões.

1. Pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica é o foco dos cuidados de enfermagem em contextos de SU e UCI. A doença crítica é um processo multissistémico com risco de vida, que pode resultar em morbilidade e mortalidade significativa, sendo na maioria dos casos, precedida por um período de deteriorização fisiológica (Roberston & Al-Haddad, 2013).

Segundo Benner, Kyriakidis & Stannard (2011), a pessoa em situação crítica é aquela que não apresenta capacidade de manter, de forma independente, a estabilidade fisiológica ou que apresenta um elevado risco de desenvolver rapidamente esta instabilidade. Também segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) (2008), uma pessoa em situação crítica é aquela que apresenta uma ou mais funções vitais em risco imediato de falência ou eminência de falência, cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Estes doentes encontram-se em risco de apresentar falência multiórgãos, sendo a capacidade de adaptação ou reserva fisiológica para alterações súbitas quase nulas, podendo pequenas alterações provocar grandes instabilidades e, conseqüentemente, deterioração clínica. Assim, estes doentes são normalmente dependentes de cuidados intensivos (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011), onde o enfermeiro tem um papel crucial na prestação de cuidados com segurança, tendo em vista a recuperação da pessoa.

A Ventilação Mecânica (VM) constitui-se como uma resposta terapêutica ajustada à instabilidade de muitas situações vividas pela PSC. Para se instituir VM é necessário um

ventilador o qual tem como função substituir parcial ou totalmente a atividade ventilatória do doente, tendo como finalidade fornecer uma adequada ventilação e oxigenação com o objetivo de corrigir o equilíbrio ácido-base e de normalizar os valores dos gases sanguíneos (Marcelino, 2008; Rodrigues et al., 2012; Rose, 2012). Os mesmos autores referem que o princípio base da VM é a implementação de uma pressão positiva originada pelo ar oxigenado que entra nos pulmões, contrariando o normal funcionamento do sistema fisiológico que recorre à pressão negativa para realização desta função.

A VM pode ser classificada em ventilação não invasiva (VNI) e VMI (Marcelino, 2008; Rodrigues et al., 2012; Rose, 2012). Esta última tem como objetivo a manutenção da oxigenação e/ou respiração dos doentes, de forma artificial, até que estes estejam capacitados de assegurar a sua própria função respiratória, devendo esta ser instituída o mais precocemente possível, ou após todas as tentativas esgotadas de VNI (Lisboa et al., 2012).

A pessoa em situação crítica apresenta frequentemente alterações da perfusão e, devido à falência de uma ou mais funções vitais, são incapazes de manter a homeostase, o que poderá levar à necrose tecidual e estruturas subjacentes, sendo por isso, mais elevado o risco de ocorrência de lesões na pele (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

Adicionalmente, muitos dos doentes em situação crítica ventilados mecanicamente, necessitam de ser sedados. Um estudo observacional realizado em 2006 por Lamblin, Favory, Boulo e Mathieu, demonstrou que a medicação utilizada para sedar este tipo de doentes também causa alterações na microcirculação e, conseqüentemente, alteração na perfusão, contribuindo assim para um maior risco de desenvolvimento de lesões em doentes em situação crítica sob VM.

A experiência de estar internado em UCI sob VM revelou-se ser de grande vulnerabilidade, ansiedade, medo e solidão (Baumgarten & Poulsen, 2015).

Esta experiência é maioritariamente de carácter negativo. São vivências na sua maioria associadas a sentimentos de terror e ansiedade, sentimentos associados à morte, incapacidade de distinção do tempo, família e local, e dificuldade em comunicar, para além da dor e o sofrimento físico serem muito experienciados. Por outro lado, o comportamento no cuidar em enfermagem gera confiança, segurança e tranquilidade, associado ao profissionalismo, empatia e competência da equipa (Castro et al, 2011).

Assim, o risco de perda de integridade cutânea na pessoa em situação crítica sujeita a VM encontra-se aumentado, pelo que é imperioso que o enfermeiro que cuida deste doente planeie

e implemente intervenções com o objetivo de manter ou restaurar a integridade cutânea, atendendo à pessoa na sua globalidade em todas as suas dimensões.

2. Integridade cutânea: Foco de atenção dos cuidados de Enfermagem

A pele é o maior órgão do corpo humano, constituindo cerca de 13% da superfície corporal do ser humano ao nascer, sendo uma importante barreira física, que confere proteção ao indivíduo (Fontenele & Cardoso, 2011).

Sendo o maior órgão do corpo humano apresenta várias funções importantes: regulação da temperatura corporal, por meio da vasodilatação, vasoconstrição e sudorese; manutenção do equilíbrio hidro-electrolítico; percepção sensitiva; proteção do corpo contra traumatismos; participação na síntese da vitamina D; imagem corporal (Benedetti, 2019 & Resende et al, 2006).

Para além das funções supra citadas, a pele reflete condições físicas e psicológicas, como saúde, idade, diferenças étnicas e culturais. Assim sendo, torna-se fundamental a manutenção da sua integridade para que o organismo se consiga defender contra as várias agressões do dia-a-dia (Resende et al, 2006).

Os cuidados à pele fazem parte do dia-a-dia do enfermeiro sendo que, os cuidados no tratamento de feridas exigem do enfermeiro conhecimentos específicos e técnicos, além de prática na área (Maranghello, 2021).

Por outro lado, tendo por base conhecimentos de cuidados relativamente simples, podemos garantir que a pele do doente se mantenha íntegra durante o período de internamento sendo que, as medidas recomendadas são a avaliação de medidas preventivas, tanto para a prevenção das LP como para quaisquer alterações da pele (Sociedade Brasileira Israelita Albert Einstein, 2012).

Segundo Curry et al. (2012), os doentes críticos apresentam um alto risco de comprometimento da integridade da pele, resultante da permanência no hospital, apresentando assim taxas significativas de incidência, como é o caso, por exemplo, das LP que, sendo um tipo de lesão da pele, ocorrem em cerca de 13% a 42% dos doentes em cuidados intensivos. Isto ocorre uma vez que, apesar dos avanços da tecnologia e recursos utilizados no cuidado

destes doentes, existem fatores intrínsecos que estão associados ao desenvolvimento de LP (Keller, Wille & Werken, 2002).

A idade avançada da pessoa, a restrição ao leito, a existência de LP prévias, a inadequada perfusão e oxigenação dos tecidos, um fraco aporte nutricional e o aumento da humidade da pele são fatores de risco preponderantes para desenvolvimento de lesões na pele (Sociedade Beneficente Israelita, Albert Einstein, 2012 & NPUAP, 2019).

Na UCI as alterações na pele apresentam índices elevados em pessoas com idade avançada, perda de peso e longos períodos de internamento. Estas pessoas geralmente estão sedadas e consequentemente restritas ao leito, que exerce pressão prolongada em proeminências ósseas. Outros fatores como a utilização de medicamentos vasopressores que controlam a pressão arterial e diminuem a circulação periférica também são relevantes, pois privam os leitos capilares de abastecer adequadamente a pele de oxigénio e nutrientes” (Cardoso et al, 2017).

Existem fatores tanto intrínsecos como extrínsecos que afetam a integridade da pele. Entende-se por fatores intrínsecos a diabetes, doenças da pele, má nutrição, doenças vasculares, alterações metabólicas, proeminências esqueléticas, alterações da sensibilidade, défice no sistema imunitário e alteração do turgor. Os fatores extrínsecos podem ou não incluir imobilidade, procedimentos cirúrgicos, hipertermia, hipotermia, humidade, substância química, fatores mecânicos (pressão, fricção, contensão, cisalhamento, adesivos, entre outros), imobilização física, radiação e medicação (Holloway & Jones, 2017 & Resende et al, 2006).

Quando a integridade da pele se perde existem várias lesões que a mesma pode sofrer: LP; Lesões Mecânicas; Lesões de mucosa; Lesões por humidade; e as Lesões cutâneas relacionadas com adesivo médico.

As LP são um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode-se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa (NPUAP, 2019);

As Lesões mecânicas desenvolvem-se por fricção e forças de cisalhamento (Cardozo & Lazzari, 2015). No Brasil as lesões por fricção podem variar de 3,3% a 22% em contexto hospitalar (Monteiro et al, 2021). Em Portugal não são conhecidos dados epidemiológicos sobre este assunto.

Lesões de mucosa são desenvolvidas essencialmente por pressão de dispositivos na mucosa dos doentes, como por exemplo, pressão do tubo orotraqueal na mucosa traqueal (Coyer et al, 2015);

As lesões por humidade ocorrem por exposição a urina, suor, fezes, feridas exsudativas, muco e saliva (Gray et al, 2007 e Black et al, 2011 citados por Coyer et al, 2017). Aqui está incluída a dermatite associada à incontinência que tem uma prevalência de 32-95% em unidades de cuidados intensivos na Austrália (Peterson et al, 2006 citado por Coyer et al, 2017) e 35% noutra unidade de cuidados intensivos (Ehman et al, 2006 citado por Coyer et al, 2017). Numa unidade intensiva de traumatologia Australiana foi verificado que numa amostra de 45 doentes em 35% deles houve aparecimento de uma dermatite por humidade ao 4º dia de internamento, e 81% desses doentes tinha essa lesão na alta da unidade. Para além da dermatite associada à incontinência, também são lesões por humidade: a dermatite peri-estomal (relacionada com colostomias, ileostomias, conduto ileal, urostomia, cateter supra-púbilo, traqueostomias), intertrigo (ocorre com a fricção entre pregas cutâneas), e maceração peri-lesional (Fletcher et al, 2020 & Beele et al, 2018).

Por último, as lesões cutâneas relacionadas com adesivo médico, também designadas de Medical Adhesive Related Skin Injury (MARSI) são as lesões que permanecem na pele 30 minutos após ser retirado o adesivo médico (McNichol Lund, Rosen & Gray, 2013). São lesões muitas das vezes desvalorizadas e, conseqüentemente, não reportadas, o que faz com que a sua verdadeira incidência seja desconhecida (Fumarola et al, 2020). Existem 3 tipos de MARSI divididas em 7 sub-tipos: as mecânicas que incluem a “pele rasgada” (*skin tear*) lesão que resulta de uma força que separa as camadas da pele, a “pele descascada” (*skin stripping*) que consiste na remoção de uma ou mais camadas do estrato córneo da pele após a remoção do adesivo médico caracterizando-se por pele brilhante, e a lesão por tensão ou bolha que consistem na separação da epiderme da pele, causada por forças de cisalhamento que são resultado da distensão da pele sob um adesivo não flexível, por norma numa articulação ou zona de movimento; as dermatites que se dividem em dermatite alérgica que é uma resposta imunológica a componentes do adesivo e podem permanecer até uma semana após a remoção do adesivo, e a dermatite por contato que é uma reação cutânea a um produto químico irritante provocando uma inflamação na zona de contato, geralmente de curta duração; e as outras MARSI que são a maceração resultante da exposição prolongada a humidade sob o adesivo médico, a qual é caracterizada por pele branca a qual fica mais permeável e conseqüentemente mais susceptível a infeções, e por último, a foliculite a qual resulta no folículo piloso que se desenvolve após tricotomia (McNichol Lund, Rosen & Gray, 2013).

Falando especificamente nas Úlceras por Pressão (UPP), o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2019), classifica-as da seguinte forma:

- UPP Estágio 1 – Pele íntegra com eritema não branqueável;
- UPP Estágio 2 – Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme;
- UPP Estágio 3 – Perda da pele em sua espessura total;
- UPP Estágio 4 – Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso;
- UPP não classificável – Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara;
- UPP tissular profunda – Pele íntacta ou não com coloração vermelha escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.

Existe ainda uma definição adicional a esta classificação (NPUAP, 2019):

- Lesão relacionada a dispositivos médicos – Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos.
- Lesão em membranas mucosas – Ocorre quando há história de utilização de dispositivo médico no local do dano mas devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser classificadas.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026) considera que as LP constituem um indicador da qualidade dos cuidados prestados, com impacto na qualidade de vida, aumento da prevalência de infeções e consequentemente com influência negativa nos ganhos em saúde (Ministério da saúde, 2021).

Segundo Moore et al (2020), o custo da prevenção das LP na Irlanda varia entre 2,65€ e 87,57€, já o tratamento das mesmas varia entre 1,71€ a 470,49€, pelo que é emergente investir na prevenção.

Os profissionais de saúde ao apropriarem-se do conhecimento da etiologia das LP, dos fatores de risco associados ao seu desenvolvimento e da utilização de instrumentos específicos e validados para deteção do risco, facilmente fazem o julgamento clínico, aplicam medidas preventivas e promovem a integridade cutânea (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007).

No entanto, mesmo com todos os avanços científicos, as LP são um desafio constante para todos os profissionais e instituições de saúde. A comunidade científica advoga que as LP são evitáveis, contudo, as elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que existem dificuldades sérias nesta área, indicando que existe uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento (NPUAP, 2019).

A equipa de Enfermagem continua a ter um papel preponderante pois são os profissionais de saúde que mais estão despertos para esta temática, possuidores de conhecimento avançado, sendo participantes privilegiados com intervenções autónomas e interdependentes no desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento das LP (Smith e Waugh, 2009).

VanGilder et al (2009) afirma que os doentes entubados orotraquealmente e sob ventilação mecânica têm maior risco de desenvolver LP faciais. A taxa de lesão por pressão associada a dispositivos médicos é elevada, variando de 34,5% segundo Black et al (2010), e 40% segundo Hanonu e Karadag (2016).

Otto et al (2019) afirma que os doentes submetidos a ventilação mecânica por tempo prolongado, sedação contínua, balanço hídrico positivo, e a cumprir antibioterapia, são mais susceptíveis de adquirir LP.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007) considera que a prevenção das LP é um direito humano fundamental logo, uma área de importante intervenção dos enfermeiros. A LP é considerada um dos indicadores negativos de qualidade assistencial dos serviços de saúde e de enfermagem e sua prevenção é importante, considerando o contexto do movimento global pela segurança do utente (Simão, Caliri & Santos, 2013).

De acordo com os dados da Direção Geral de Saúde (DGS) (2013), estima-se que cerca de 95% das LP são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. Muitos dos doentes em situação crítica são ventilados mecanicamente e necessitam de ser sedados.

Cardozo & Lazzari (2015) realizaram um estudo no Brasil, em doentes adultos, internados numa UCI, com 24 horas ou mais dias de internamento, que não apresentavam lesões prévias, os quais durante o internamento estiveram sob VMI, uso de vasopressor e necessidade de terapêutica dialítica. Os objetivos deste estudo consistiam em obter a incidência das lesões da pele e avaliar os fatores clínicos, idade, tempo de internamento e aparecimento da lesão. O estudo foi realizado entre Janeiro e Março de 2014, sendo possível concluir que 7,5% dos pacientes desenvolveram LP, 5% desenvolveram feridas abrasivas, e 4,5% desenvolveram

dermatite por humidade. Neste estudo, é possível concluir, que a lesão mais frequente é a LP e a menor frequente é a dermatite por humidade, o que vai ao encontro dos estudos realizados nos Estados Unidos. As LP eram maioritariamente de categoria II na região sagrada, sendo que a maioria dos doentes tinham elevado risco de LP na avaliação da escala de Braden.

As feridas abrasivas ocorrem maioritariamente nos membros superiores, sendo que em 11 dos pacientes foi trauma mecânico, e em 8 foi devido ao uso de adesivo. Todos estes doentes apresentavam edema das extremidades.

A dermatite por humidade ocorreu essencialmente na região perineal, principalmente no sexo feminino devido à incontinência urinária, sendo que todos os doentes tinham fralda.

A Universidade de Enfermagem de Virginia nos Estados Unidos da América realizou um estudo que tinha como objetivo descrever a pressão sobre a pele, o tempo gasto acima dos níveis críticos de pressão e o efeito sobre a integridade da pele em sete locais anatómicos em 150 doentes críticos sob VMI nas várias Unidades de Cuidados Intensivos, nomeadamente respiratória, trauma e neurocríticos. Foi utilizado o sistema de mapeamento de pressão “XSENSOR” para avaliação de níveis de pressão. A integridade da pele foi avaliada com observação direta da pele pelo pessoal do estudo, utilizando o sistema de estadiamento do NPUAP em 7 locais diferentes (região escapular esquerda e direita, região trocântérica esquerda e direita, região sagrada e ambos os calcanhares). Os indivíduos foram inscritos dentro de 24 horas após a entubação, à medida que as avaliações iniciais da pele foram sendo obtidas. Os dados descritivos dos sujeitos (admissão na UCI, APACHE III) foram apurados dos registos médicos durante as 24 horas anteriores à inscrição no estudo. A pressão na pele foi medida durante um período contínuo de 72 horas e ocorreu apenas enquanto o paciente estava deitado e ventilado mecanicamente, baseando-se em diretrizes baseadas em evidências e consenso, Mary et al (2017) citando Stechmiller et al. (2008), que determinaram que a maior parte das lesões por pressão se desenvolvem nas primeiras 72 horas de internamento em doentes internados em UCI. As observações cutâneas foram documentadas duas vezes ao dia (manhã e noite) nos sete locais nos primeiros sete dias da UCI ou até à alta da UCI. Estão disponíveis dados limitados que descrevem o período completo para a manifestação de lesão por pressão, especialmente para lesão tecidual profunda (Mary et al citando Gefen, 2008). Portanto, para documentar todas as alterações na integridade da pele ao longo do tempo, também foram realizadas observações na pele nos dias 10 e 14, se os indivíduos permanecerem hospitalizados. Cento e cinquenta indivíduos foram inscritos no estudo, 132 indivíduos tiveram avaliações da integridade da pele durante o período do estudo e segmentos de dados de pressão da interface

do tecido utilizável em pelo menos uma parte do período de observação e foram incluídos na análise. A maioria dos sujeitos era do sexo masculino e com excesso de peso. O score médio de gravidade da doença (APACHE III) na admissão no estudo foi de 75,0 (faixa 20-154), indicando alta acuidade e o valor mediano da escala de Braden na admissão indicava alto risco de LP.

Embora recentemente tenha sido relatado que a incidência de LP no doente crítico varia de 7% a 28% (Mary et al, 2017 citando Kaitani et al., 2010; Terekeci et al., 2009; Ülker Efteli e Yapucu Günes, 2013), encontrou-se relativamente poucas mudanças, ou seja, em 5,3% dos sujeitos. As estratégias de prevenção de LP foram alteradas para incluir uma barreira cutânea (Mepilex®, Molnlycke Health Care, Norcross, GA). A barreira foi aplicada profilaticamente na região sagrada para 97% dos indivíduos neste estudo, por pelo menos um dia durante o período do estudo. No entanto, das 14 alterações individuais identificadas durante o período do estudo, quase metade (n = 6) ainda foi encontrada na região sagrada, embora não se saiba como essa profilaxia possa ter afetado a incidência geral de alterações da pele na região sagrada.

Foi possível apurar que a pressão máxima na pele esteve acima dos níveis críticos na maioria dos períodos documentados, especialmente na região sagrada, embora poucas alterações na integridade da pele tenham sido documentadas. O tempo gasto acima dos níveis críticos para pressões médias foi consideravelmente menor comparado às pressões máximas. As pressões máximas podem ter refletido picos de pressão, mas a grande quantidade de tempo acima dos níveis críticos de pressão permanece substancial.

Foi possível concluir que as lesões por pressão se desenvolvem como resultado de um processo multifatorial complexo e, embora a pressão alta na pele por longos períodos de tempo contribua para esse processo, outros fatores também colocam os doentes em risco. Os indivíduos incluídos nesta análise apresentaram alta sensibilidade e alto risco de lesão por pressão com base no escore APACHE III e nos resultados da Escala de Braden, sugerindo que uma variedade de fatores de risco para lesão por pressão possa estar presente. (Mary et al, 2017).

O estudo de Gardiner et al (2008) "*Evidence-based best practice in maintaining skin integrity*" com 1 ano de duração teve em vista a promoção de cuidados de qualidade em enfermagem como profilaxia de lesões à integridade cutânea e correto tratamento de subsequentes lesões, promovendo a mobilidade, vigilância da condição da pele, dieta e hidratação, higiene e eliminação, e implementação de práticas recomendadas, incluindo análise qualitativa e dos resultados clínicos de produtos, práticas e estratégias documentadas. A avaliação do produto por enfermeiros e pacientes mostrou que todos os colchões testados eram

eficazes em minimizar ou prevenir lesões cutâneas. Todas as almofadas das cadeiras foram classificadas como eficazes na prevenção de lesões.

Uma auditoria retrospectiva indicou melhorias substanciais no uso consistente da escala de Braden e no número de riscos identificados. As avaliações de risco concluídas aumentaram de 19,6% para 70%. A avaliação inicial aumentou de 16,5% para 44,6%, com identificação de insuficiência alimentar aumentando de 3,4% para 10,6%. As LP adquiridas no hospital foram reduzidas de 6,4% para 5,8%. A melhoria mais notável (de 1,3% dos pacientes para 43,9%) ocorreu na conclusão do risco, com um aumento modesto no reposicionamento. O uso de coberturas e colchões especiais aumentou, com elevadores de calcanhar aumentando de 11% para 82,4%.

Segundo o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica publicado pela OE em 2010, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica são realizados de forma contínua e altamente qualificada. Neste sentido, o papel da enfermagem é preponderante, uma vez que as suas competências visam manter as funções básicas de vida do doente, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a melhor recuperação do doente, maximizando o seu conforto, implementando um cuidado humanizado e de qualidade ao doente (Mendes et al, 2016) .

Esta prevenção de complicações está intimamente ligada ao termo segurança, muito importante na prestação diária de cuidados e cada vez mais abordado na área da saúde, sendo foco de muitas auditorias hospitalares.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2015-2020), diz-nos que a qualidade da prestação de cuidados à pessoa está intimamente ligada com a segurança, sendo considerado de carácter obrigatório nos sistemas de saúde, contribuindo para a diminuição de eventos adversos e riscos evitáveis, bem como para a melhoria da acessibilidade, equidade e respeito inerentes à prestação de cuidados (Despacho nº 5631/2015, 2015).

Tanto a manutenção da integridade da pele como o tratamento de lesões cutâneas quando elas ocorrem é da competência do enfermeiro. Maranghello (2021) afirma que a manutenção da integridade da pele faz parte do cotidiano dos enfermeiros, uma vez que esta tem um papel importante na defesa dos seres humanos e na manutenção da vida. Por outro lado, a pele tem um papel importante na componente sensitiva do corpo humano assumindo um papel importante na experiência do conforto.

Cardoso et al (2019) refere que o conforto tende a ser um resultado sensível aos cuidados de Enfermagem, o qual é desejado por todos, tornando os cuidados mais humanizados. Este conforto é uma experiência subjetiva e uma necessidade humana (Kolcaba, 2003; Watson, 2002a; Yousefi et al., 2009).

A teoria do conforto de Kolcaba incentiva a interação, a autonomia e a valorização das necessidades do doente a partir da promoção do conforto, assim como a melhoria da qualidade de vida (Cardoso et. al., 2019).

Kolcaba (2003) define conforto como uma experiência imediata e holística, o qual é fortalecido pela necessidade de três tipos de conforto, alívio, tranquilidade e transcendência, os quais são experienciados em quatro contextos diferentes, físico, psicoespiritual, social e ambiental.

O alívio diz respeito à satisfação de uma necessidade do doente, pressupondo a existência de um desconforto prévio. A tranquilidade é um estado de calma e/ou satisfação sendo importante para que exista um desempenho eficaz. Por fim, a transcendência é o estado no qual o doente sente capacidade para planejar, controlar o próprio destino e resolver problemas.

Esta experiência de conforto pode-se desenvolver em contexto físico, o que diz respeito às sensações corporais (dor, oxigenação, posicionamento, relaxamento, hidratação); contexto psicossocial contemplando a consciência interna de si próprio (autoestima, designação de vida); contexto sociocultural que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais, estando incluídos aspetos financeiros e informais da vida social; e por último o contexto ambiental que diz respeito às condições do meio (luz, temperatura, barulho, equipamento) (Kolcaba, 2003).

Na sua teoria, Kolcaba (2003) também define metaparadigmas: Enfermagem, Pessoa, Ambiente e Saúde.

A Enfermagem contempla a apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto após implementação das intervenções.

Pessoa, que no caso de Kolcaba é definido como Doente, que é quem recebe os cuidados e este pode ser: indivíduos, famílias, comunidades ou instituições que necessitam de cuidados de saúde.

O Ambiente diz respeito a qualquer aspecto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela equipa de enfermagem ou ente queridos, por forma a melhorar o conforto.

Por último, a saúde diz respeito ao funcionamento óptimo, o qual foi definido pelo doente, família ou comunidade.

Com vista à manutenção da integridade cutânea são várias as intervenções de enfermagem definidas por diversos autores:

- Inspeção da pele antes da alteração da posição e se tiver alguma alteração atuar em conformidade, retirando todos os dispositivos possíveis para observar a pele por baixo do mesmo (Coyer et al, 2017 & Moore et al, 2020);

- Registos em notas de enfermagem, tanto na admissão como a cada 12 horas (Coyer et al, 2017);

- Utilização de dispositivos auxiliares na mobilização/ transferência de doentes, como por exemplo elevador, para reduzir o número de lesões mecânicas, levantando o doente e não arrastando (NPUAP, 2019);

- Uso de suportes e dispositivos que permitam a distribuição da pressão (Moore et al, 2020);

- Higiene da pele, banho completo, uma vez ao dia (Coyer et al, 2017);

- Evitar água muito quente durante o banho, pois aumenta a pele seca (NPUAP, 2019);

- Identificação precoce de fatores que afetam a integridade da pele (NPUAP, 2019);

- Hidratação da pele, com creme neutro, para maximizar as barreiras lipídicas, no mínimo duas vezes ao dia (NPUAP, 2019);

- Evitar exposição da pele à humidade (NPUAP, 2019);

- Avaliação do risco nutricional nas primeiras 24 horas, e solicitar apoio do nutricionista se necessário (Coyer et al, 2017);

- Incentivar e promover hidratação oral, bem como dieta oral completa o mais precocemente possível (NPUAP, 2019);

- Posicionamento do doente a cada 3 horas, ou de acordo com a situação clínica do mesmo (Coyer et al, 2017);

- Re-posicionamento da fixação de tubos orotraqueais, sondas gástricas, entre outros, sempre que necessário, ou no máximo de 12 em 12 horas (Coyer et al, 2017);
- Redução da pressão nas proeminências ósseas, como por exemplo calcâneos, com elevação dos mesmos (Coyer et al 2017);
- Evitar contato da pele com superfícies plásticas, por exemplo plano duro, por tempo prolongado (Coyer et al, 2017);
- Utilização de lençóis com baixo nível de rigidez (50N) tem menor incidência de LP (Moore et al, 2020);
- Levante precoce e diário, se clinicamente possível (Coyer et al, 2017);
- Utilização de película spray barreira antes da colocação do adesivo e utilização de produtos a base de silicone como líquidos, sprays e toalhetes como apoio à remoção do adesivo., com uma correta fixação da pele (Collier, 2019 & Hadfield et al., 2019 & Chen et al., 2020);
- Formação permanente, trabalho em equipa e colaboração da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas (Cauduro, 2018).

Do trabalho de pesquisa elaborado, a escala de Braden é um recurso utilizado para medir o risco dos doentes críticos desenvolverem lesões por pressão. A partir desse registo, os enfermeiros conseguem aplicar medidas preventivas e promover um tratamento mais eficaz.

A escala de Braden analisa seis fatores principais no paciente: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e, por último, a fricção e cisalhamento. Cada uma dessas características é testada e pontuada de 1 a 4, exceto a última que é pontuada de 1 a 3, sendo maior quanto mais positivo for o estado do paciente. A soma total de todos os fatores analisados resultará em um número entre 6 e 23 que indicará o risco de desenvolver lesão e quais práticas devem se seguir a essa avaliação.

A ferramenta não é a única disponível (diversas escalas são validadas, como por exemplo as de Norton e Waterlow), mas a de Braden é a mais utilizada no cuidado aos doentes críticos.

No percurso de desenvolvimento de competências, tanto no SU como na UCI, tive a preocupação de observar as intervenções de enfermagem que visam a manutenção da integridade cutânea na PSC sob VMI mobilizando os conhecimentos adquiridos previamente através da RIL.

CAPÍTULO II. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No processo de desenvolvimento de competências foram realizados dois estágios em locais escolhidos em parceria entre mim e a professora orientadora.

Alarcão e Rua (2005) afirmam que o processo de desenvolvimento de competências obriga a que o estudante seja capaz de: avaliar as suas competências, identificar aspetos fortes e fracos, analisar as suas possibilidades, buscar melhorias, desenvolver o autoconhecimento e a autorregulação; e tomar decisões relativas à profissão.

Portanto, partimos de um projeto desenvolvido no primeiro ano segundo semestre. Após a realização deste projeto elaborei a RIL que é a base do fundamento teórico e desenvolvimento de competências.

Posto isto, para a aquisição destas competências específicas foram então realizados 2 estágios tendo por base o cronograma delineado (Apêndice I), o qual teve que ser reajustado devido a 2 períodos de isolamento preventivo devido à Covid-19.

O primeiro estágio decorreu no SU de um Hospital Distrital da Zona de Lisboa e Vale do Tejo, e o segundo na UCI do mesmo Hospital.

Para cada estágio, e tendo por base o desenvolvimento de competências específicas, foram definidos objetivos para o estágio no SU (Apêndice II) e na UCI (Apêndice III), bem como as atividades a desenvolver em cada um dos contextos, tendo por base o tema do relatório de mestrado e as necessidades do serviço.

Dessa forma organizei o meu processo de desenvolvimento de competências tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista, seguidas das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018), co-relacionando com as competências para aquisição do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Durante a minha prática clínica agi sempre com responsabilidade profissional, validando as minhas decisões durante o processo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na vertente PSC, com as minhas enfermeiras orientadoras.

Na prestação de cuidados à PSC foram várias as situações nas quais tive que mobilizar competências e conhecimentos relacionados com este domínio, como por exemplo, na maioria dos dias em que me encontrava na triagem da Área de Doentes Respiratórios (ADR), o tempo de espera para atendimento dos doentes triados com prioridade verde rondava as 18/20 horas. Como retaguarda do ADR, existia uma unidade instalada a 1 km do hospital, com colegas dos cuidados de saúde primários a dar uma resposta mais célere aos doentes triados com prioridade verde e azul por forma a serem cumpridos os tempos seguros definidos pela triagem de Manchester para atendimento médico.

A triagem de Manchester tem como objetivo o estabelecimento de prioridade para atendimento médico sem presunção sobre o diagnóstico, tendo por base a queixa principal do doente (Grupo Português de Triagem (GPT), 2010).

Estávamos em constante contato com os colegas da referida unidade tendo acesso ao tempo de espera desta unidade por forma a decidirmos (eu e a minha enfermeira orientadora) em conjunto com o doente qual a melhor opção, aguardar no ADR ou dirigir-se ao ADR de retaguarda, para dar resposta ao seu problema de saúde. Garantia sempre acompanhamento de familiar e transporte próprio para o local, explicava vantagens e desvantagens desta decisão e esclarecia dúvidas.

O enfermeiro especialista é aquele que “constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente” (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O enfermeiro age e toma a decisão de como e quando deve fazer algo, tendo em conta as contingências do dia-a-dia, os valores profissionais bem como os direitos e deveres dos doentes (Freitas et al, 2010).

O meu percurso de estágio no SU, tendo sido realizado durante o pico pandémico, foi realizado durante o momento no qual o serviço tinha o plano de contingência ativado, bem como o Hospital, devido à pandemia Covid-19, sendo que foi aumentado o serviço com contentores pré-fabricados e posteriormente, por não ser suficiente, o Hospital de Campanha do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Nesta zona reservada a doentes suspeitos ou confirmados com infeção por Covid-19, existia capacidade para 30 doentes, sendo que no pico pandémico de Dezembro de 2020 e Janeiro de 2021 chegámos a ter 100/120 doentes aqui, o que dificultou a prestação de cuidados de enfermagem promovendo a proteção dos direitos humanos que foram sempre uma preocupação minha, da minha orientadora e de toda a equipa multidisciplinar.

Uma das situações que destaco foi num dos turnos necessitava proceder a algaliação de um doente mas não tinha nenhuma sala onde pudesse realizar esta técnica em privacidade, todas as salas estavam ocupadas com doentes internados. Havia apenas um biombo disponível que colocámos nos pés da maca e a minha orientadora juntamente com uma auxiliar criaram uma barreira visual com o lençol e o cobertor do leito do doente. Este é apenas um exemplo dos muitos que adotámos (eu e a minha orientadora) no serviço, durante o período de estágio.

Foi longe do que seria a perfeição pela manutenção da privacidade na prestação de cuidados, mas a possível no meio de uma pandemia, utilizando os recursos disponíveis e a colaboração de todos, incluindo os restantes doentes.

Este cuidado vai ao encontro do ponto 11 da carta dos direitos e deveres do doente internado que nos diz que o doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico (Lei Nº15/2014, 2014).

Contudo, houve um momento em que me senti verdadeiramente impotente e triste pela situação que estávamos a viver, bem como incapaz de cumprir este cuidado. Numa tarde fui receber o turno à sala de tratamentos do ADR a pedido da minha Enfermeira orientadora pois a mesma referiu que aquela zona necessitava da nossa ajuda pelo elevado número de doentes. Ao chegar a esta zona percebi que num espaço físico destinado a 15/20 doentes estavam aproximadamente 60 doentes. Fiz uma observação visual rápida pelos doentes e percebo rapidamente que 4 deles eram cadáveres, o que me fez sentir uma grande sensação de tristeza, revolta pela nossa incapacidade de resposta e frustração.

Após realizar as tarefas pendentes nos restantes doentes fui então cuidar destes quatro doentes. Para os conseguir retirar do sítio onde estavam, e devido à quantidade de macas e cadeiras que existiam, tive que colocar alguns doentes transitoriamente fora do ADR por forma a conseguir retirar as macas para a rua, voltar a colocar os doentes dentro do ADR e prestar os cuidados pós-morte atrás de um biombo junto à porta de emergência sendo que os 4 doentes ficaram em espera, aproximadamente 3 horas, nesta zona, que o Sr. Auxiliar da casa mortuária conseguisse vir buscar os doentes.

Este foi um momento que me marcou pela incapacidade de resposta que senti enquanto enfermeira pois permaneci mais de 1h30 a prestar cuidados a outros doentes que tinham medicação vital em falta, enquanto estes 4 doentes aguardavam que eu os conseguisse retirar para uma zona mais reservada para prestar os cuidados pós-morte.

Os Enfermeiros na linha da frente no combate à Covid-19 experienciaram várias emoções, entre elas: medo, ansiedade, insegurança, pena, isolamento, despersonalização, perigo, irritação, apreensão, stress intenso, angústia, tristeza, revolta, frustração, incerteza, saudade e estranheza, apresentando alguma instabilidade emocional e referem preocupação em relação à sua saúde mental (Diogo et al, 2021).

Na UCI o espaço físico era dotado de cortinas e biombos, com distanciamento entre camas, sendo uma preocupação minha e da equipa de Enfermagem o respeito pela privacidade do doente. Aqui nunca tive dificuldade na manutenção da privacidade do cliente. Por outro lado, a UCI também possuía batas, sendo minha preocupação e da equipa multidisciplinar a redução da exposição do copro do doente.

No entanto sabemos que a privacidade durante o processo de hospitalização pode ser muitas vezes comprometido, pois as situações de cuidados são muitas vezes íntimas (Back et al, 2003).

Na UCI deparei-me com uma unidade *open space* a qual melhora a nossa observação visual da PSC, no entanto, não há uma barreira física que impeça que a transmissão de informação dada à PSC ou família não seja ouvida por outro doente.

Num estudo realizado na Suécia demonstra que a satisfação dos doentes aumentou após a urgência ter sido alterada e passar a existir boxes de observação com paredes em vez de cortinas (Hartigan et al, 2018).

O respeito pelo sigilo profissional e a confidencialidade da informação clínica foram sempre tidos em conta. Quando o cliente não tinha capacidade de decisão eu, em conjunto com a minha orientadora, transmitíamos as informações ao familiar/ cuidador que acompanhava a PSC. Nos casos em que a PSC tinha capacidade de decisão, essa transmissão de informações era realizada ao familiar/ cuidador escolhido pela PSC. Durante o período pandémico, e devido à ausência de visitas nos hospitais, existiram várias situações em que colegas de outros serviços, bombeiros, senhoras da limpeza, pessoal da manutenção, entre outros, ligavam a perguntar informações do doente X. Nesses casos só foi transmitida informação quando a PSC estava consciente e autorizava essa transmissão de informação.

O número 9 da carta dos direitos e deveres do doente internado diz-nos que “O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam (Lei N°15/2014, 2014).

A 11 de Março de 2020, a OMS declarou a doença provocada pelo vírus SARS- CoV-2 como uma pandemia (Who, 2020), sendo uma emergência pública de âmbito internacional.

Desta forma, os hospitais, com vista à redução da probabilidade de transmissão deste vírus, limitaram o direito dos doentes às visitas/ acompanhantes.

Para minimizar as consequências desta limitação ao direito do doente, as equipas/ instituições de saúde adotaram medidas alternativas, sendo em muitas delas os enfermeiros os grandes impulsionadores.

No hospital onde realizei os meus estágios foi instalada internet wireless permitindo aos doentes contactar com as suas famílias e amigos. Na urgência, muitas vezes, devido aos doentes já não terem bateria ou até mesmo não terem telefone, era eu ou outro elemento da equipa multidisciplinar que fornecia o seu telefone pessoal para o doente fazer essa chamada. Desta forma foi possível satisfazer um conforto transcendente em contexto sociocultural, tendo por base a teoria do conforto de Kolcaba.

A separação da família é uma das queixas mais frequente dos doentes e das suas famílias (Creutzfeldt et al, 2021). É fundamental que os profissionais de saúde comuniquem frequentemente com as famílias e, sempre que possível, facilitem a comunicação entre os doentes e os seus familiares, recorrendo se for necessário à tecnologia digital (Bajwah et al, 2020).

Creutzfeldt et al (2021), Rose et al (2021) e Boulton et al (2021) referem que a evolução da pandemia fez com que fossem desenvolvidas abordagens alternativas para comunicar com os familiares, nomeadamente através da utilização de smartphone e tablets, assim como, a transmissão de informação por via telefónica.

Na UCI, uma vez que já tinham sido aliviadas as restrições para controlo da transmissão do vírus SARS-CoV-2 pois estávamos em fase descendente dos casos de transmissão, os doentes do circuito não Covid tinham visitas e a transmissão de informação era realizada presencialmente. No que se refere ao doentes no circuito Covid era realizada uma videochamada, se o doente estava consciente ou, no caso do doente inconsciente, a transmissão era feita por chamada telefónica pelo médico ou enfermeiro responsável pelo doente para o familiar de referência.

Para ser possível realizar esta visita eram exigidos alguns requisitos, muitos deles definidos em conselho de ministros no que diz respeito a medidas de controlo da pandemia Covid-19: era exigido certificado de vacinação, certificado de cura ou teste negativo para Covid-19, realizados nas últimas 48h; cada visita poderia permanecer no máximo 30 minutos junto do doente; era obrigatória a utilização de máscara cirúrgica, avental e luvas; poderiam no máximo existir 2 visitas por doente durante o internamento; a visita teria que ser marcada com a equipa de enfermagem por forma a evitar o cruzamento de visitas dentro do serviço, ocorrendo uma visita de cada vez.

Durante a pandemia, a comunicação do enfermeiro com a família assumiu particular relevância, tendo este sido um elo fundamental na comunicação com a família, e a garantir a comunicação entre a PSC e a família (Bajwah et al., 2020).

A comunicação é uma competência que desenvolvemos ao longo da nossa prática como enfermeiros, no entanto, senti que a comunicação telefónica, principalmente no contexto do doente crítico é mais exigente, não conseguimos observar ou tocar a pessoa recetora da informação, e muitas vezes a comunicação que realizamos e recebemos é uma comunicação não verbal.

Stefanelli e Carvalho (2005) afirmam que os conceitos de comunicação, saúde e enfermagem estão interligados, não podemos falar em saúde e enfermagem sem nos reportarmos à comunicação. Esta é “como um processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensório-perceptuais, os quais permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra” (Lourenço, 2012, p.23).

Apesar de toda a pandemia que vivíamos e da falta de condições físicas para prestar cuidados de Enfermagem de qualidade, o conforto dos doentes, à semelhança do que se passa na minha vida profissional diária, era uma preocupação constante. Para que o doente esteja confortável não basta apenas que exista ausência de dor.

O conforto é definido como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto” (Kolcaba, 2009). Esse conforto é a experiência imediata e holística através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto, alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos da experiência, físico, psico-espiritual, social e ambiental. Ao desenvolver a sua teoria, a mesma autora acrescenta que o conforto “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009).

Contrariamente ao que foi definido no início da profissão de enfermagem, este conceito de conforto é um conceito holístico e multidimensional, traduzindo uma visão mais abrangente.

No SU esta tentativa de manutenção do conforto dos doentes parecia um termo remoto e utópico, isto porque: tínhamos doentes de pé a monitorizar a autonomia da sua própria bala de oxigénio, estavam de pé pois ocupavam menos espaço e porque não haviam cadeiras, e monitorizavam a bala pois a equipa de enfermagem não conseguia chegar a todos os doentes; a maioria das vezes não havia comida suficiente para todos os doentes pelo elevado número de doentes na urgência uns em tratamento e outros a aguardar observação; o barulho era uma constante; as luzes nunca se apagavam ou era reduzida a intensidade; a presença da família não era permitida, pelo risco de contágio e por falta de espaço físico para os mesmos permanecerem junto dos doentes, ... Estávamos perante uma situação de catástrofe.

Silva, Campos, Reis & Bandeira (2015) afirmam que a definição de catástrofe pela OMS é clara, a qual nos diz que catástrofe é qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que justifique uma mobilização excepcional de apoios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida.

Num dos turnos no ADR, a senhora do serviço de limpeza chega para realizar o seu trabalho mas depara-se com um número elevado de doentes neste local, dificultando o seu trabalho. Estavam aproximadamente 100/110 doentes num espaço físico destinado a 30. Se aqui havia algo que não estava livre para qualquer tipo de intervenção era o chão. Perante tal fato pensei, esta senhora não vai conseguir fazer o trabalho dela mas vai conseguir fazer a diferença e ajudar. Aproximei-me dela e dado que não iria conseguir limpar o chão pelo elevado número de doentes solicitei a sua ajuda para ir buscar as sopas e garrafas de água que estavam na nossa copa, oferecidas por uma empresa nacional de supermercados, e fornecer 1 sopa e 1 garrafa de água a cada um dos doentes que estavam em cadeiras, conscientes e referiam ter fome ou sede. Quando tomei esta decisão tive receio que a senhora me levasse a mal por algum motivo mas o meu receio não era fundamentado e a mesma ficou extremamente feliz por poder ajudar todas aquelas pessoas. Partilhei esta decisão com a minha orientadora que concordou em pleno e desta forma conseguimos que aqueles doentes se alimentassem.

No âmbito da enfermagem de catástrofe WHO & ICN (2009) descrevem competência como um nível de desempenho demonstrativo da efetiva aplicação de conhecimento, habilidades e julgamento.

Braga (2011) define quatro fases características de uma catástrofe: mitigação/ prevenção, preparação, resposta e recuperação/ reabilitação.

A *World Health Organization* (WHO) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) definiram competências de enfermagem em catástrofe tendo em conta estas fases definidas:

- Competências de mitigação/prevenção – Redução do risco; prevenção da doença e promoção da saúde; desenvolvimento e planeamento de políticas;
- Competências de preparação – Prática ética; partilha de informação; educação, preparação e treino;
- Competências de resposta – Cuidar da comunidade, vítimas e família; atuar nas vulnerabilidades da população atingida;
- Competências de resposta/ reabilitação – Recuperação a longo prazo das vítimas, famílias e comunidade.

Aqui desenvolvi competências de resposta, nomeadamente ao atuar na redução da fome do ser humano e promover o seu conforto, cuidando das vítimas e das suas famílias.

O repouso e o sono também eram cuidados difíceis de garantir durante o tempo de permanência naquela urgência, no entanto, havia pessoas que estavam ali há mais de 4 dias, sentadas numa cadeira de plástico, ou pior, de pé. Num dos turnos olhávamos para as pessoas de pé e sentadas numa cadeira de plástico e pensámos, e se fizéssemos uma escala de rotação destes doentes pelas várias posições: de pé, sentados em cadeira de plástico e cadeirão rebatível. Dividimos a sala de tratamentos ficticiamente em 4 zonas e nestas 4 zonas fizemos uma rotação organizada dos doentes por estas 3 posições, permitindo a todos um pequeno momento no qual estavam deitados num cadeirão.

A OMS afirma que o ruído pode causar danos na saúde das pessoas expostas a ele, entre os quais: perturbar o trabalho, o descanso, o sono, a comunicação dos seres humanos, prejudicar a audição e causar reações psicológicas, fisiológicas e patológicas nos indivíduos expostos (OMS, 2011).

São vários os danos fisiológicos do ruído, entre eles, distúrbios cardiovasculares, redução da saturação arterial de oxigénio, perda auditiva, aumento de secreção gástrica, estimulação da

hipófise, alteração do sono, imunossupressão e redução do processo de cicatrização (Christensen, 2007).

As alterações no padrão normal do sono podem levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que aumentam a morbidade e mortalidade. As perturbações do sono assentam numa etiologia multifatorial, havendo evidência de que as principais causas se centram em aspetos inerentes ao ambiente, ao comportamento dos profissionais de saúde, prejudicando a qualidade do sono e a recuperação do doente. Estudos reforçam a importância de sensibilizar e educar os profissionais de saúde para a necessidade de implementar medidas que minimizem os fatores perturbadores do sono e melhorem a qualidade do sono e de conforto do doente internado (Ugras, 2007; Nicolas, et al., 2008 e Yava, Tosun, Ünve e Çicark, 2011).

Na UCI era notória a preocupação da equipa multidisciplinar na gestão do sono e do repouso dos doentes. Por volta das 22 horas as luzes da UCI eram todas apagadas ficando apenas as de presença da zona de trabalho de Enfermagem.

Todos os procedimentos que eram necessários realizar durante a noite, sendo inadiáveis, eram realizados com a luz da unidade do doente e com o mínimo de ruído possível. A preocupação com a gestão adequada dos alarmes era uma constante, minimizando desta forma o ruído desnecessário e o planeamento de cuidados era realizado em equipa multidisciplinar por forma a ser realizado durante o período diurno, ficando destinado para o período noturno apenas as tarefas inadiáveis e emergentes.

Quando falo do domínio da responsabilidade, ética e legal não posso deixar de falar dos quatro princípios éticos fundamentais: o respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, os quais regem a minha prática diária de cuidados.

Durante o meu percurso estes quatro princípios caminharam ao meu lado e moldaram os meus cuidados/ atitudes.

Muitas vezes estamos mergulhados numa sequência de trabalho, e acabamos inconscientemente por substituir o doente no seu plano terapêutico.

Na urgência, a falta de mãos de trabalho de enfermeiros para prestar cuidados acabou por ter um impacto positivo no respeito pela autonomia do doente, na sua maioria talvez quase de forma inconsciente, pois não conseguíamos chegar a todo o lado. Por exemplo, fazia pequenas sessões de explicação para grupos sobre a autoadministração de terapêutica inalatória e supervisionava a execução da administração. Respeitava a autonomia de cada doente na sua autoadministração e realizava uma prestação de cuidados justa perante os recursos existentes.

Na UCI o rácio adequado para prestação de cuidados seguros permite ao enfermeiro “disponibilizar tempo ao doente” para a realização das suas atividades de vida diárias tendo em conta as suas limitações atuais. Em todos os processos de adaptação à nova condição para realização das atividades de vida diárias tentei sempre que o doente realizasse as tarefas o máximo que conseguisse, utilizando os recursos disponíveis, tendo em conta as limitações físicas e psicológicas atuais, tanto no levantar, posicionamentos, início de alimentação Per-os (PO), cuidados de higiene, entre outros.

O princípio da justiça também esteve sempre presente, não fazendo nenhum tipo de distinção na prestação de cuidados. Todos os meus doentes foram cuidados com a melhor justiça dentro das condições disponíveis. Exemplo disso, foi a tabela de gestão do tempo de descanso em cadeirão.

Os princípios da beneficência e não maleficência são a base de todos os cuidados de Enfermagem prestados, sendo evidentes na minha prestação de cuidados diária e da equipa multidisciplinar.

No entanto, em nenhuma situação de decisão terapêutica ou cuidados invasivos vi a equipa multidisciplinar a consultar o testamento vital, tanto no SU como na UCI. Acabámos por discutir este assunto em equipa multidisciplinar e no geral todos referiam que as equipas não estão treinadas para esta prática e os que referiram estarem treinados e já terem consultado nunca encontraram um doente que tivesse testamento vital. Quando o doente está consciente é sempre consultada a sua vontade, e quando o mesmo não tem capacidade de decisão é consultada a família/ cuidador. Na ausência destes regemo-nos pelos princípios da beneficência e não maleficência mas é a equipa multidisciplinar a decidir o que fazer ao doente sem consultar o testamento vital do mesmo, em caso de existir.

O testamento vital inclui “as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e são um documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, porque qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente” (Lei n.º25/2012 de 16 de Julho, p.3728).

Tanto na urgência como na UCI, nos casos dos doentes inconscientes e na ausência da família, a decisão de implementar ou suspender medidas invasivas de suporte à vida (como por

exemplo, suspender medidas de Suporte Avançado de Vida (SAV)), foram na sua maioria, realizadas em equipa multidisciplinar tendo em conta a experiência e opinião fundamentada na melhor e mais recente evidência de cada elemento.

2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A Ordem dos Enfermeiros (2012) afirma que a qualidade na saúde é um objetivo transversal e prioritário para todos os profissionais de saúde, exigindo uma reflexão constante dos enfermeiros sobre a prática de cuidados.

Em 2011, com a criação da área de especialização em enfermagem na PSC, a OE define sete pontos que definem a qualidade dos cuidados de enfermagem: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde.

“O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019, p.4744).

Quando desempenhamos as nossas funções, é esperado que o enfermeiro especialista o faça baseado na evidência científica mais atual, utilizando da melhor forma os recursos existentes, por forma a melhorar os outcomes da PSC e a sua satisfação com os cuidados. Também é esperado que o mesmo desenvolva projetos de investigação e divulgue os seus resultados pela equipa, por forma a melhorar os cuidados prestados.

No meu percurso de estágio pelo SU, quando me deparo com a situação pandémica que o serviço estava a passar pensei que não iria conseguir desenvolver nenhum projeto, a equipa estava cansada, o serviço estava um caos e a sofrer mudanças quase horárias, os chefes de equipa tinham imenso trabalho e responsabilidade e eu ainda ia ser um acréscimo de trabalho a este elemento, mas enganei-me.

A minha enfermeira orientadora no SU todos os turnos estava disponível para discutir comigo situações e decisões que eram necessárias tomar, fez questão que eu participasse dessas decisões, deu-me autonomia para partilhar os conhecimentos que eu já possuía na área do doente crítico, nomeadamente da VMI, VNI e alto fluxo, técnicas que não se faziam na

quantidade nem com a complexidade que se estavam a fazer naquele momento no SU, pelo que não houve tempo para formar as equipas.

Desta forma, tive oportunidade de realizar formações *on the job*, tanto para médicos como para enfermeiros, junto dos vários ventiladores e equipamentos de alto fluxo adquiridos recentemente para o SU, mas com os quais eu já trabalhava há alguns anos. Foi-me possível realizar pequenas formações sobre a montagem dos equipamentos e adaptação dos doentes, bem como vigilância de eficácia do tratamento. Nestas pequenas formações, que ocorreram de forma espontânea, houve bastante receptividade por parte tanto da equipa de enfermagem, bem como da equipa médica, e foi possível observar uma melhoria na segurança dos enfermeiros na prestação de cuidados a estes doentes e manipulação dos diversos equipamentos, bem como na segurança dos cuidados prestados. Para orientar estes momentos de partilha de conhecimentos elaborei um plano de formação (Apêndice IV).

Os enfermeiros com grau de mestre devem “Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei N°65/2018, 2018).

Um dos problemas que identifiquei eram os constantes alarmes dos ventiladores que agravavam o ruído no serviço. Quando comecei a observar os ventiladores percebi que muitos dos que apitavam o alarme referia “máscara não ventilada” e “doente não ventilado”. Quando olhamos para os valores de monitorização do ventilador, o doente faz bons volumes, temos uma adequada frequência respiratória, gasimetricamente temos melhorias, mas o alarme não se cala incomodando tanto o profissional como o doente. Comecei numa ponta da sala e fiz o reconhecimento do circuito de todos os ventiladores e a ajustar os alarmes do ventilador ao doente em questão e passados uns largos minutos a enfermeira que se encontrava a prestar cuidados naquela sala disse: “os ventiladores calaram-se. Que silêncio para a minha cabeça. Como fizeste isso?”. Aproveitei este momento para explicar como se fazia o reconhecimento do circuito do ventilador pois, devido à Covid, passou-se a realizar VNI com máscaras não ventiladas, exigindo realizar reconhecimento do circuito quando se liga o ventilador e se inicia o tratamento. Com este pequeno gesto melhorei o local onde estávamos a prestar cuidados, melhorei a qualidade do descanso do doente, e melhorei os cuidados e a vigilância do doente.

Um dos riscos recorrentes nos locais de trabalho é a exposição ao ruído, definido por “um som indesejado, cuja intensidade é medida em decibéis (dB). A escala de decibéis é logarítmica, de modo que o aumento do som de 3dB representa um aumento do ruído para o dobro (...)

também o tempo de exposição ao ruído aumenta a sua perigosidade.” (Osha, 2016), que em grande parte provém de máquinas existentes que o produzem.

O ruído pode afetar os profissionais a nível físico, psicológico e mental, comprometendo a sua qualidade de vida, esta última definida como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1998).

No que se refere ao meu percurso de estágio na UCI, dado que estavam a ser integrados novos elementos na equipa de enfermagem para reforço da equipa, foi-me permitido pela minha enfermeira orientadora colaborar na integração desses elementos nomeadamente no que se refere aos conhecimentos teóricos referentes a cada técnica ou cuidado realizado na UCI, principalmente porque muitos desses elementos não tinham experiência profissional em UCI e na sua maioria eram formados há 1/2 anos. Consegui dar pequenas formações *on the job* sobre monitorização hemodinâmica, interpretação gasimétrica, técnicas dialíticas, mais concretamente, hemodiálise venovenosa contínua com anticoagulação com citrato, prevenção da pneumonia associada à ventilação, avaliação da pressão intra-abdominal, entre outros, tendo realizado os devidos planos de formação orientativos (Apêndice V).

Quando falamos em melhoria continua da qualidade falamos de processos de integração descritos, estruturados e comprovados. Nem a UCI, nem o SU possuem uma check-list de integração, cabe ao enfermeiro integrador definir o plano de integração de cada elemento que integra, existindo documentos relativos a protocolos e procedimentos sendo que a sua leitura faz parte desse processo e o processo de integração é sempre realizado por um enfermeiro mais experiente e definido pela enfermeira responsável do serviço, sendo esse o enfermeiro que executa todo o processo de integração.

Relativamente à garantia de um ambiente terapêutico e seguro, para que tal aconteça os nove certos da medicação são o pilar principal, são eles: doente certo, medicamentos certo, dose certa, via certa, hora certa, registo certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitorização/vigilância certa (Ministério da saúde, 2013 & Konder et al, 2015 & Santos et al, 2019). Todos estes certos aliados à verificação do prazo de validade do fármaco a administrar.

Infelizmente, na área Covid do SU não existia uma sala de preparação da medicação o que aumentava ao ruído e o estímulo externo durante a realização desta técnica que exige muita concentração, aumentando desta forma a probabilidade de erro. Por esse motivo, sentia que durante a realização desta técnica tinha que triplicar a minha atenção e evitar responder a

estímulos externos por forma a reduzir a probabilidade de erro. O número elevado de doentes à responsabilidade de um enfermeiro também devido à situação pandémica que se vivia era outro fator que dificultava este processo.

O erro terapêutico assume uma importância enorme na atualidade da prestação de cuidados de saúde. Importância essa que a OMS em 2016/2017 dedicou o Terceiro Desafio Global de Segurança do Doente ao tema “*Medication Without Harm*” [Medicação Sem Danos]. Os custos anuais com erros de medicação rondam os 42 biliões de dólares a nível global, dados da OMS, sendo que estes erros acontecem em diferentes etapas do processo de utilização de medicação. Podem ocorrer quando existem sistemas de gestão com pouco controlo e/ou fatores humano como a fadiga, más condições ambientais ou falta de pessoal afetam a prescrição, transcrição, dispensa, preparação, administração da medicação ou a vigilância do doente, podendo resultar em danos severos, incapacidade ou até mesmo morte (OMS, 2017).

Na UCI, com o cumprimento de rácios seguros para a prestação de cuidados de enfermagem, facilitava o cumprimento dos 9 certos. Existe uma zona reservada à preparação de fármacos, numa zona mais restrita, facilitando a concentração que esta técnica exige.

Aqui surge o conceito de dotações seguras em Enfermagem, o qual é definido pela American Federation of Teachers (1995), citado por Malliarou et al (2009), o qual é definido como o número adequado de profissionais em combinação com os diferentes níveis de competência, estando disponível sempre, por forma a garantir as necessidades e manutenção de um ambiente seguro para a prestação de cuidados.

Os enfermeiros são os responsáveis pela maximização da eficácia dos cuidados de enfermagem na organização, sendo para isso necessário, o seu número ser equivalente às necessidades de cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

As dotações seguras em enfermagem é um conceito que deve ser cumprido, sendo essencial para que sejam prestados cuidados de saúde de qualidade, adequados às necessidades do doente, sendo refletido nos resultados obtidos nas pessoas, enfermeiros e instituição de saúde. Essa dotação adequada combinada com a diferenciação de competências, tem efeito direto na redução dos tempos de internamento e da taxa de infeção, reduzindo desta forma a mortalidade (Freitas & Parreira, 2013). Contrariamente quando estas dotações não são mantidas aumenta o risco de exaustão emocional, diminui a produtividade e a motivação, e conseqüentemente, os enfermeiros apresentam aumento do absentismo e insatisfação profissional. Com a combinação destas duas vertentes reduzimos custos hospitalares e fidelizamos profissionais de saúde.

Na UCI Covid como a equipa funcionava em espelho, dois elementos dentro da unidade Covid e dois cá fora, por forma a manter os adequados tempo de utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), os rácios não eram matidos como os que são referidos pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, o qual define um rácio de 1 para 2 numa UCI nível II.

No SU, dado o elevado número de doentes e número reduzido de profissionais de saúde, existiram turnos onde um enfermeiro tinha à sua responsabilidade 30 doentes, destacando aqui a capacidade excepcional da equipa de adaptação ao pico pandémico e priorização de cuidados.

Cordeiro (2009) refere que os enfermeiros têm a capacidade de priorizar as suas intervenções de acordo com a urgência das mesmas, mesmo quando existem dotações insuficientes, não diminuindo a sua responsabilidade nos cuidados que prestam.

Tanto na UCI como no SU os chefes de equipa são enfermeiros especialistas, na sua maioria em Enfermagem Médico-cirúrgica, sendo o elemento de referência e com responsabilização de organização, formação e gestão da equipa. Para além destes elementos existem mais enfermeiros especialistas, na sua grande maioria com funções acrescidas à de prestação de cuidados diretos, sendo enfermeiros de referência dos grupos de feridas, gestão de risco, comissão de controlo de infeção, e muitos deles com projetos iniciados de melhoria contínua da qualidade dos cuidados que se encontram parados devido à pandemia.

Na UCI existe uma equipa de reabilitação destinada apenas a esta prestação de cuidados diferenciados, no turno da manhã e tarde, 7 dias na semana.

No SU está a ser iniciado este projeto, mas como existem falta de enfermeiros para colmatar os turnos base de prestação de cuidados os turnos de reabilitação são turnos extra e a equipa do serviço tenta garantir uma escala 7 dias na semana no turno da manhã.

No que se refere aos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem existem 6 categorias de enunciados descritivos (OE, 2012): a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, e a organização dos cuidados de enfermagem. A readaptação funcional e a organização dos cuidados de Enfermagem caracterizam o período pandémico vivido, onde a criação de novos circuitos era constante, com desmultiplicação dos serviços e das equipas, com conseqüente adaptação de horários, gestão de recursos materiais, aproveitamento máximo dos recursos da comunidade, etc.

Na UCI realizei um turno de gestão junto com a enfermeira responsável do serviço e outro com a minha orientadora. Neste dois turnos colaborei na realização do horário, tendo em conta as necessidades do serviço e as competências de cada elemento, fiz gestão de stock, criei guias de consulta rápida para informações às equipas sobre alterações de procedimentos, e contatei empresas de equipamentos hospitalares para solicitar arranjos de equipamentos e fornecimento de novos, tudo isto em parceria com as referidas enfermeiras. Considero que esta experiência, sugerida pela enfermeira responsável de serviço e pela minha orientadora, completa o processo de desenvolvimento de competências, permitindo ao estudante, neste caso eu, ter uma visão em pequena escala da gestão e das preocupações, competências e dificuldades da mesma.

No SU também me foi permitido realizar reforço de turnos por baixas nas equipas, gestão de stocks, alguma realizada diariamente pelo chefe de equipa, como era o caso das balas de oxigénio e ventiladores, encaminhamento de doentes triados de verde e azul, do circuito suspeito para um edifício fornecido pela câmara onde estava uma segunda equipa de profissionais de saúde a prestar assistência a estes doentes devido ao Hospital não ter essa capacidade naquele momento, com elevados tempos de espera, entre outros.

Nestes turnos foi-me possível desenvolver a competência C2.2 do domínio das competências comuns do enfermeiro especialista que nos diz que o enfermeiro especialista “adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (Regulamento n.º 140/2019, 2019), o qual será melhor descrito no subcapítulo seguinte.

3. Domínio da Gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio da gestão dos cuidados contempla duas competências essenciais: gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Winnipeg Regional Health Authority (2012) elaborou o seu modelo de prática avançada tendo por base os pressupostos de Benner e acrescentando que o cuidado centrado na pessoa é essencial e desenvolvido com o trabalho de uma equipa interdisciplinar, bem como através do

desenvolvimento e implementação de um plano de ação que tem como objetivo o doente para atingir a melhor saúde possível.

Existem quatro factores importantes para a criação de um ambiente facilitador da prestação de cuidados centrados na pessoa: as crenças e os valores da pessoa alvo de cuidados; as competências do enfermeiro, tanto as pessoais como as profissionais; o contexto onde esses cuidados são prestados; e os resultados esperados das intervenções de enfermagem realizadas (McCormark & McCance, 2006). A relação estabelecida entre estes quatro factores permite obter resultados eficazes e centrados na pessoa.

Com o aumento da afluência ao serviço de urgência devido à situação pandémica vivida e com a necessidade de abertura de uma segunda UCI nas instalações do Hospital de dia para alojar doentes Covid, as equipas foram reforçadas por profissionais sem experiência em doente crítico, havendo a necessidade de uma gestão adequada das equipa por parte da responsável de serviço.

Os horários eram elaborados tendo por bases as equipas existentes, as quais eram mistas, com enfermeiros experientes e enfermeiros recém admitidos no serviço e sem experiência em doente crítico.

As trocas só eram permitidas dentro do mesmo escalão profissional, ou seja, os profissionais que vieram reforçar as equipas só podiam trocar os turnos entre eles.

Tanto no SU como na UCI era o enfermeiro chefe de equipa que distribuíam os elementos por postos de trabalho no SU e por doentes na UCI, sendo que em ambas passou a ser necessário que o segundo elemento da equipa chefiasse todos os turnos, ou seja, um chefiava o SU limpo e outro o ADR, isto no SU. Na UCI um chefiava a UCI limpa e outro a UCI Covid. Os chefes de equipa e os segundos elementos, tanto no SU como na UCI só podiam trocar turnos entre eles.

Apesar de todos estes esforços da equipa, tanto na UCI como no SU, os chefes de equipa referiam que as equipas estavam prematuras e com pouca formação o que dificultava a gestão de cuidados.

Num dos turnos no SU encontrava-me no ADR a prestar cuidados quando a minha orientadora me perguntou se eu me importava de ir ajudar no Serviço de Observação (SO) do SU limpo. Um doente que tinha sofrido uma Paragem Cardio-Respiratória (PCR) estava sob VMI, tinha colocado pacemaker transvenoso e ia colocar linha arterial mas, o chefe de equipa foi chamado para a reanimação pois entrou um doente vítima de Enfarte Agudo do Miocárdio

(EAM) e outro de Acidente Vascular Cerebral (AVC), e a enfermeira responsável pelo doente não conhecia o sistema de linha arterial, existindo aqui uma oportunidade de formação da equipa e partilha de conhecimentos.

O enfermeiro mestre 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” (Decreto-Lei N°65/2018, 2018).

Aproveitei este momento para falar sobre a prevenção das lesões das mucosas associadas ao tubo orotraqueal e das LP associadas ao nastro, sendo que tive oportunidade de partilhar com os enfermeiros presentes uma técnica de colocação do nastro que permite alívio da pressão no pavilhão auricular, na qual é colocado um segundo nastro que passa pela região superior da cabeça originando alívio da pressão nas orelhas. Esta partilha de conhecimento e discussão de ideias gerou bastante curiosidade e interesse na equipa e, uma vez que o turno estava atipicamente calmo no SU limpo, com exceção da reanimação mas onde os cuidados estavam garantidos por dois enfermeiros experientes, permitiu que fosse possível eu realizar uma formação *on the job* sobre prevenção de lesões cutâneas no doente ventilado, cuidados ao doente ventilado com foco na prevenção da PAV, vigilância e monitorização de um doente com pacemaker transvenoso, e cuidados à linha arterial e sua adequada manutenção. Para orientação deste momento de partilha de conhecimentos entre a equipa foi elaborado um plano de formação (Apêndice VI).

O local mais frequente onde ocorrem LP associadas à pressão do tubo orotraqueal são as orelhas, numa percentagem de 37,5% dos doentes (Galletto et al, 2019), fundamentando a importância de pequenas partilhas as quais podem ter um elevado impacto na qualidade dos cuidados prestados.

No sentido de prevenir a PAV, a DGS (Norma n.º 021/2015, atualizada a 30/5/2017) emitiu uma lista de “feixe de intervenções” que devem ser cumpridas e monitorizadas, são elas:

- Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico;
- Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária do plano de desmame/extubação, registado no processo clínico;
- Manter a cabeceira do leito em ângulo igual ou superior a 30°, evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico;

- Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico;

- Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes;

- Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O.

Ao debatermos este tema deparámonos com 4 grandes problemas referidos pela equipa: dificuldade de manutenção de rácios adequados no serviço que permitam uma adequada monitorização de um doente sob VMI, no entanto referem que sempre que existe um doente ventilado os rácios são ajustados pela chefia; inexistência de registos na maioria dos processos, tratando-se de um problema comportamental e que necessita de intervenção diária por parte das chefias; inexistência de um cufómetro que permita avaliar adequadamente a pressão do balão do tubo endotraqueal, tendo sido sugerido por mim à chefia do serviço que fosse adquirido um, tendo inclusivamente fornecido contatos de fornecedores; e devido ao desconhecimento da totalidade destas bundles o não cumprimento da elevação correta da cabeceira e higiene oral, dois procedimentos que pelo menos o grupo que assistiu a este momento de discussão de conhecimentos ficou mais desperto para a sua importância.

Uma vez que só existia tantun verde® nos carros de higiene, sugeri à responsável do serviço que fosse adquirida cloro-hexidina, devido ao número de doentes ventilados no SU ter aumentado exponencialmente. Sugestão tida em conta e colocada em prática pela responsável do serviço.

O enfermeiro especialista suporta a sua prática clínica em evidência científica, colaborando em estudos de investigação, atuando como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento (Regulamento N°140/2019, 2019).

No decorrer do meu estágio também me foi permitido pela minha orientadora realizar a distribuição dos elementos da equipa pelos vários postos de trabalho. Esta distribuição é realizada semanalmente pelo enfermeiro chefe de equipa, e fica disponível no computador por forma a todos os elementos do serviço terem acesso quando chegam ao turno e saberem onde se dirigir. Para além desta distribuição semanal, diariamente iam sendo realizados pequenos ajustes tendo em conta o fluxo de doentes e complexidade dos mesmos.

O chefe de equipa, nas tardes e noites de semana e todos os turnos de fim de semana e feriados, tinha a responsabilidade de colmatar as faltas por baixas inesperadas e reforço das

equipas devido ao elevado fluxo de doentes, pelo que também realizei esta tarefa com as minhas orientadoras, sendo transversal tanto à UCI com ao SU, esta responsabilidade ser do chefe de equipa quando o responsável de serviço não está presente.

O chefe de equipa é o elemento de referência no turno que tem várias responsabilidades de liderança e gestão da equipa. O enfermeiro especialista tem a capacidade de adequar os recursos às necessidades, identificando o estilo de liderança mais adequado com vista à garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento N°429/2018).

No entanto, este foi um momento atípico, onde os responsáveis de serviço também se tiveram que adaptar à nova realidade, e muitas das vezes, nos turnos da tarde e fins de semana, encontravam-se no serviço a realizar gestão de problemas locais, muitas vezes realizados pelos chefes de equipa, mas os quais estavam consumidos na prestação direta de cuidados, destacando aqui a capacidade de liderança de ambas as responsáveis de serviço.

“Liderar é mobilizar, inspirar, encorajar e conduzir as pessoas por caminhos e para destinos com os quais elas se identificam” (Venâncio, 2017).

“A liderança é um processo de influência através do qual alguém, individual ou coletivamente, conduz outras pessoas ou entidades a atuarem em prol de objetivos comuns” (Rego & Cunha, 2016).

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

O processo de desenvolvimento de competência decorreu num SU e numa UCI, locais de eleição para a presença da PSC.

O meu percurso profissional foi sempre desenvolvido em UCI, pelo que tinha pouca experiência a receber doentes instáveis na sala de reanimação, principalmente doentes vítimas de trauma com os quais não tinha experiência no meu local de trabalho.

Por este motivo, sempre que ficávamos na zona limpa do serviço de urgência, a minha enfermeira orientadora tinha a preocupação de nos alocar à sala de reanimação, permitindo-me ter um maior leque de oportunidades de desenvolvimento de competências, ou no SO (quando não estava a chefiar o turno), sendo este o local onde os doentes mais instáveis ficam internados.

De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002, o SU é o local hospitalar onde a prestação de cuidados de saúde abrange todas as situações cuja gravidade implica uma intervenção imediata.

Desta forma, o leque de oportunidades de desenvolvimento de competências na área de especialização PSC foi grande, com necessidade de mobilização de conhecimentos e competências.

Na reanimação tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com EAM em via verde coronária, fazendo a sua estabilização e acompanhamento até a sala de hemodinâmica, tendo-me sido permitido assistir à coronariografia.

Relembro uma situação na qual recebo um doente na faixa etária dos 60 anos de idade, ex fumador há 3 anos (30 UMA), sem doenças associadas e sem medicação habitual, entra na sala de reanimação após iniciar quadro de dor súbita pré cordial “tipo pressão” (sic) após prática de desporto com irradiação para a mandíbula e braço esquerdo, sem factores de alívio ou agravamento. Ativei de imediato, em conjunto com a minha orientadora, a via verde coronária, colhemos sangue para enzimas cardíacas e realiza Electrocardiograma (ECG) de 12 derivações.

No ECG observa-se um supra desnivelamento do segmento ST em V2-V4 e analiticamente temos um aumento dos biomarcadores de necrose miocárdica.

Foi contactado o serviço de hemodinâmica e administrada terapêutica dirigida após discussão com a equipa médica do serviço de hemodinâmica, bem como o médico do SU. Acompanhado o doente à sala de hemodinâmica onde foi realizado cateterismo cardíaco e foi observada uma lesão oclusiva na artéria descendente anterior tendo sido colocados 2 stents. Daqui o doente seguiu para o unidade de cuidados coronários.

Em 2019, últimos dados disponíveis, morreram em Portugal 4275 pessoas de EAM representando uma percentagem de 3,8% da mortalidade total e quase 60% das mortes por doença isquémica do coração, no entanto, menos 7,5% que no ano anterior (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2021).

O trauma era sem dúvida a área com a qual não tenho muito contato na minha vida profissional e a qual me desperta bastante interesse.

O trauma define-se como uma lesão nos órgão e tecidos humanos, constituindo um problema com múltiplas implicações e repercussões sociais, bem como económicas (Soares et al, 2016).

Num dos turnos em que fiquei escalada na sala de reanimação recebi uma senhora de 60 anos de idade vítima de acidente de viação. A mesma entrou na reanimação acompanhada pelos bombeiros immobilizada em plano duro. Foi avaliada pela equipa multidisciplinar, realizados os exames complementares diagnósticos necessários e prestados os cuidados emergentes. Foi um momento de aprendizagem importante onde me foi possível mobilizar os conhecimentos em trauma adquiridos no curso *Advanced Trauma Care of Nurses (ATCN)* partilhando experiências com a equipa multidisciplinar e ficando no papel de *team leader* com a minha orientadora.

A existência de um *team leader* está associado a resultados positivos na pessoa vítima de trauma, sendo este o responsável pela supervisão e interligação entre os diferentes membros da equipa (Hajibandeh, 2017 & Groenestege-kreb et al, 2014).

As funções do *team leader* são específicas tendo um impacto significativo na eficácia da equipa bem como nos resultados da pessoa, e são elas: preparar e orientar a equipa, fazer a ponte entre a equipa e a pessoa de referência (Stewart et al, 2018).

Foi diagnosticada uma fractura do externo e três costelas direitas à doente em questão, com indicação cirúrgica, e repouso no leito até à mesma. Trata-se de uma doente que permaneceu todo o tempo consciente e orientada, a após controlo de dor permanecia agitada na maca, tentativas de levantar apesar de ter crítica para a situação pois sabia que necessitava de ficar em repouso no leito devido à sua condição de doença, com taquicárdia sinusal na ordem dos 140bpm, solicitando a enfermeira mas sem conseguir referir uma queixa específica mas a solicitar constantemente o telefone que tinha ficado partido, algo que despertou a minha atenção.

Dado que a doente tinha indicação cirúrgica e necessitava de colheita de zaragatoa RT-PCR para Covid-19 aproveitei e fui eu até a sala de colheitas com a doente para realizar o procedimento. Aproveitei este momento de privacidade para tentar perceber o motivo de inquietação daquela doente, uma vez que, a mesma referia que não tinha dores. Tratava-se de uma doente que tinha um marido com Alzheimer dependente da mesma para a satisfação das suas necessidades humanas básicas. A senhora tinha-se ausentado de casa para ir ao super mercado buscar pequenas compras e teve um acidente de viação, sendo que o seu marido encontrava-se sozinho em casa. Este era o motivo da inquietação da doente e o qual tentei resolver de imediato. Dada a situação pandémica que vivemos, as visitas nos serviços hospitalares encontravam-se suspensas bem como o acompanhamento dos doentes na urgência. O telefone da senhora em questão ficou destruído no acidente de viação pelo que decidi fazer a chamada do meu telefone pessoal pois era a única forma da própria doente conseguir falar com

a filha. Fiz uma chamada telefónica para a filha, expliquei a situação da doente e solicitei que a mesma fosse prestar os cuidados ao pai (marido da doente) informando que o mesmo tinha ficado em casa sozinho. Permite que a doente falasse com a filha e pedi que a mesma, assim que tivesse com o pai me fizesse uma chamada de retorno para a doente poder falar com o marido.

Passados 30 minutos a filha da doente liga de volta referindo que já se encontrava na casa dos pais a cuidar do pai e a doente conseguiu falar via telefónica com o marido. Após a primeira chamada telefónica a doente ficou visivelmente mais tranquila mas ainda com períodos de ligeira inquietação. Com a segunda chamada telefónica consegui que a doente deixa-se de estar taquicárdica e cumprisse o repouso no leito, o que foi bastante benéfico para a sua recuperação e conforto, sendo posteriormente transferida para o bloco operatório para continuar o seu tratamento muito mais tranquila e estável. Durante o período de agitação da doente na sala de reanimação o cirurgião queria avançar com a administração de ansiolíticos sendo que eu solicitei autorização para ir realizar o teste e ter oportunidade de falar com a doente. Quando a doente foi transferida para o bloco operatório o cirurgião veio junto de mim agradecer a intervenção da equipa de enfermagem na compreensão eficaz das necessidades da doente e estabilização da sua situação.

Este caso foi bastante importante no meu processo de desenvolvimento de competências permitindo mobilizar os conhecimentos que adquiri no curso ATCN ministrado no mestrado, tendo sido dada a oportunidade de assumir a posição de *team leader*, onde me foi possível observar na prática a importância de uma abordagem sistematizada e organizada, um elemento gestor do processo e a comunicação com a família para obtermos o melhor resultado na recuperação do doente.

Aqui também foi evidente a minha preocupação na gestão do conforto ao nível da tranquilidade social, definida por Kolcaba (2009), sendo evidente o desconforto e preocupação da cliente com o marido o qual foi satisfeito com a minha intervenção ao comunicar com a filha e garantindo os cuidados ao marido da doente, os quais eram extra hospitalares.

5. Dinamiza as respostas em situação de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação.

A 02 de Março de 2020 é confirmado o primeiro doente infetado com COVID-19 em Portugal e desde então muitas têm sido as horas de investigação e trabalho árduo de todos os

profissionais de saúde neste que tem sido um caminho tenebroso no combate a um vírus sem precedentes.

Durante um período em que todos os profissionais de saúde, as instituições e o mundo se adaptam a uma nova realidade de prestação de cuidados e de vida, fiz o meu processo de desenvolvimento de competências na área de especialização da PSC.

Cheguei a questionar se “faria sentido” este processo de aquisição de competências ser realizado durante uma pandemia e cheguei à conclusão que sim, sem qualquer dúvida pois esta é uma das competências descritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na PSC.

Por norma, o desenvolvimento desta competência acaba por ser muito teórico e nunca existe a parte prática da ação na sua plenitude. Devido a esta pandemia foi-me possível executar e desenvolver esta competência numa real situação de catástrofe mundial, mobilizando os conhecimentos teóricos na prática.

Foi bastante enriquecedor poder tomar decisões em conjunto com as enfermeiras orientadoras, implementá-las e avaliar os resultados, numa situação nunca antes vivenciada por ninguém a nível mundial.

A pandemia provocada pelo Coronavírus é considerada pela OMS uma emergência de saúde pública pois, devido à elevada capacidade de transmissão do vírus, a pressão sobre os sistema de saúde foi bastante elevada, levando-os ao colapso (Almeida et al, 2020).

Quando iniciei o estágio no SU estava a ser ativado o plano de catástrofe do serviço bem como do Hospital e a minha Enfermeira orientadora permitiu-me participar de todo este processo e nas tomas de decisão.

O ADR ficou localizado em contentores externos ao serviço, inicialmente com dois contentores anexos, um como sala de espera de doentes verdes e azuis positivos, e outro como sala de espera de doentes verdes e azuis suspeitos, por forma a manter uma divisão de circuitos dentro do ADR.

Por aumento exponencial do número de doentes em circuito Covid esta medida foi abortada ao fim de uma a duas semanas e teve que ser instalado o Hospital de Campanha do INEM ficando este destinado ao local de observação dos doentes suspeitos e positivos classificados como verdes ou azuis pela Triagem de Manchester.

Esta medida reduziu bastante o número de doentes dentro dos contentores, no entanto obrigou a novo reforço da equipa de enfermagem pelo espaço físico voltar a aumentar.

Durante este processo foi-me permitido, colaborando com a chefia do serviço, montar as novas salas, com material e equipamentos necessários, bem como ajustar circuitos.

A utilização de oxigénio durante este período tomou proporções astronómicas e, devido ao elevado número de doentes no ADR, as rampas de oxigénio não eram suficientes. Em conjunto com o enfermeiro responsável do ADR, solicitámos à farmácia balas de 50L de oxigénio e sugeri que o auxiliar externo tivesse a rotina de hora a hora passar no ADR para trocar as balas mais pequenas de oxigénio que se encontravam vazias e necessitavam de reposição. Esta medida foi bem aceite pelo enfermeiro responsável e pela farmácia que aumentou o horário de trocas de balas de oxigénio para o serviço de urgência.

Neste processo desenvolvi competências de preparação e de resposta em questões de catástrofe (WHO & ICN (2009)). As mesmas entidades referem que a investigação em enfermagem de catástrofe é fundamental, a fim de fornecer informações para se poderem tomar decisões baseadas em evidências em relação à prática, educação e política.

É necessário implementar políticas de saúde que proporcionem aos profissionais formação e treino em situações de catástrofe, por forma a aumentar as suas competências nesta área, dando uma resposta adequada aquando de uma situação real, permitindo a diminuição da morbidade e mortalidade das vítimas (Baack & Alfred, 2013; Labrague et al., 2016; Li et al., 2017).

A evidência mostra que os enfermeiros com formação ou experiências reais de catástrofe prévias estão mais confiantes nas suas competências, respondendo de uma forma mais rápida e adequada a estas situações (Al Thobaity et al., 2015; Hammad, Arbon, Gebbie &, Hutton, 2012; Li et al., 2017).

Quando estava a realizar o meu estágio na urgência realizei o meu curso de triagem de Manchester (Anexo I) tendo sido bastante enriquecedor observar na prática as dificuldades sentidas durante o processo de triagem, as dúvidas diárias e compreender a sua importância de uma forma mais visível, para um adequado funcionamento do serviço de urgência.

A triagem de Manchester tem como objectivos definir níveis de prioridade para atendimento médico sem qualquer presunção pelo diagnóstico (GPT, 2010).

No início do estágio na UCI a UCI Covid ainda estava em funcionamento nas instalações do Hospital de dia e mais ou menos a meio do estágio essa unidade foi fechada ficando as duas unidades de isolamento da UCI original reservadas aos doentes Covid.

Também aqui, me foi permitido tanto pela minha orientadora como pela responsável do serviço, colaborar no ajuste do serviço colaborando no ajuste de material, fármacos, recursos humano, definição de circuitos, entre outros.

Nas situações de emergência e catástrofe o enfermeiro especialista deve ser capaz de conceber, planear, e gerir respostas, estando preparado para sistematizar, refletir, criticar e humanizar os cuidados, tendo em conta os aspectos biopsicossociais da pessoa, grupo ou família (Almeida et al, 2020).

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

As infeções hospitalares são uma problemática crescente no âmbito dos cuidados de saúde, existindo comissões de controlo de infeção hospitalar com um papel bastante ativo na formação das equipas e monitorização destas infeções. A prevenção, intervenção e controlo destas infeções é uma das competências do enfermeiro especialista na PSC.

Define-se como Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) uma infeção que ocorre no doente durante o processo de cuidados no hospital ou em outro ambiente de cuidados que não se encontrava presente ou em incubação no momento da admissão hospitalar (WHO, 2011). A mesma entidade afirma que as IACS constituem o evento adverso mais comum manifestado por aqueles que recebem cuidados de saúde, motivo pelo qual são uma preocupação cada vez mais crescente e foco de auditorias hospitalares, onde o enfermeiro tem um papel ativo, sendo o risco de desenvolvimento destas infeções muito mais elevado na PSC que se encontra na UCI.

Outra preocupação desde a última década é a resistência antimicrobiana, que se deve especialmente a falhas na higienização e desinfeção, o consumo excessivo de antibióticos e alterações na genética dos microorganismos (Paim & Lorenzini, 2014).

A pandemia Covid-19 foi uma prova de fogo para as comissões de controlo de infeção e para os profissionais de saúde, existindo normas, protocolos ou indicações novas, quase diariamente, sendo difícil acompanhar todas estas indicações.

Tanto no SU como na UCI, todos os profissionais de saúde utilizavam máscara P2, tanto na zona Covid como na zona limpa, sendo esta a indicação da Comissão de Controlo de Infeção (CCI), por forma a evitar a contaminação accidental dos profissionais numa abordagem da via aérea ou na realização de uma técnica geradora de aerossóis, na zona limpa, mas onde os doentes ainda não estavam testados para a Covid-19 (Norma N°007/2020, 2020).

No ADR do SU foi decidido em equipa multidisciplinar realizar, logo após a triagem, um teste de antígeno a todos os doentes que ali entravam. Desta forma conseguíamos rapidamente separar os doentes que vinham positivos para Covid-19 daqueles que apresentavam sintomas respiratórios, mas encontravam-se ainda negativos. Eu fui em muitos turnos o elemento que realizava estes testes de antígeno e fazia a gestão de alocação dos doentes no espaço físico do ADR, sempre com a supervisão da minha orientadora.

Por falta de elementos, em muitos dos turnos os enfermeiros circulavam entre o circuito Covid e o circuito não Covid. Em todas estas situações tive a preocupação de realizar uma correta remoção dos EPI e desinfeção das mãos por forma a evitar uma contaminação pessoal e uma infeção cruzada.

Na UCI todos os doentes que ali entravam já tinham teste de PCR-Covid realizado e seguiam ou o circuito Covid ou o circuito limpo. A distância entre doentes era cumprida e os profissionais estavam separados não circulando nos dois circuitos.

O controlo de infeção sempre foi uma preocupação minha, sendo elo dinamizador no meu serviço e tentando aproveitar todos os momentos para partilha de conhecimentos.

Como já referi anteriormente, as formações *on the job* tiveram um papel crucial no meu percurso e na situação referida anteriormente na qual se encontrava um doente entubado orotraquealmente no SO limpo, aproveitei o momento para falar dos feixes de prevenção da PAV já descritos.

Outros feixes de intervenções emitidos pela DGS, e de extrema importância no controlo de infeção, dizem respeito à prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central (CVC).

Os referidos feixes contemplam: avaliar a necessidade da sua colocação e registar em processo clínico, sendo que quando é escolhido para ser colocado devemos escolher o CVC

com o número de lúmens necessário para as nossas necessidades; correta desinfecção cirúrgica das mãos e antebraços e utilização de equipamentos de proteção individual adequados (touca, máscara, bata estéril e luvas estéreis), sendo que os restantes profissionais devem estar a mais de 2 metros da realização do procedimento; desinfecção da pele com cloro-hexidina 2%; utilização de campo cirúrgico que cubra a totalidade do corpo do doente; evitar o acesso femoral sempre que possível, sendo a via sub-clávia a que está associada a menos casos de infeção, principalmente em doentes traqueostomizados, e no caso da utilização do acesso femoral registar em processo clínico o motivo da sua escolha; realização do penso com técnica asséptica (de 48h em 48h se penso com compressa ou de 7 em 7 dias se penso transparente) e desinfecção das válvulas unidirecionais ou torneiras antes da conexão de dispositivos estéreis na manipulação do CVC, sendo precedido da correta desinfecção/ higienização das mãos (DGS, 2015).

Na UCI há uma preocupação no cumprimento e registo em processo clínico destes feixes, excepto a utilização do campo estéril que cubra toda a superfície corporal do doente, pois os campos não estão disponíveis na UCI, no entanto, o cumprimento rigoroso de técnica asséptica no procedimento é mantido.

Aqui destaco uma situação de uma doente crónica que se encontrava na UCI em processo de reabilitação por falta de vagas na unidade de cuidados intermédios. Passados 4/5 dias fiquei com a respetiva doente à minha responsabilidade de cuidados e pude observar que a mesma tinha um CVC na femoral direita, colocado há 12 dias, tendo apenas prescrito pantoprazol EV em bólus. Falei com a minha enfermeira orientadora na tentativa de perceber se poderia puncionar uma via periférica e retirar aquele CVC. Após a minha orientadora falar com a equipa médica procedi a essa tarefa. Com esta intervenção pude reduzir o risco de IACS naquele doente.

No SU a colocação do CVC só é realizada como último recurso, muitas das vezes em situações de emergência, em doentes com maus acessos periféricos, sendo muitas das vezes colocado na femoral por esse motivo. Não há uma metodologia de registo em processo clínico destes feixes, ficando ao critério do enfermeiro responsável pelo doente sendo que, o programa alert também não o permite fazer de outra forma que não seja em nota corrida. No SU também não estão disponíveis pensos transparentes próprios para CVC, no entanto, há uma preocupação da equipa em realizar o penso com um penso com compressa estéril.

Na Europa, 4,6 a 9,3% das pessoas internadas sofrem de IACS, o que se traduz em aproximadamente 5 milhões de casos anualmente. Nos Estados Unidos esta percentagem é mais

pequena em 2002, cerca de 4,5% das pessoas internadas sofreram este flagelo, o que leva a que cerca de 1.7 milhões de pessoas sejam afetadas por ano (WHO, 2009).

7. A manutenção da integridade cutânea na PSC sob VMI no SU

Quando iniciei o meu estágio no SU e me deparei com um serviço que tinha o plano de catástrofe ativado pensei que nunca iria conseguir fazer nenhum projeto nem desenvolver o meu tema de interesse, mas estava enganada e rapidamente o percebi. Uma situação de catástrofe é uma situação onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente PSC desenvolve as suas competências, sem nunca esquecer a pessoa e o cuidado fundamental.

O SU onde realizei o meu estágio está incluído na Rede Nacional de Urgências como um serviço de urgência médico-cirúrgico integrando ainda as Vias Verdes AVC e Coronária. Os serviços de urgência são classificados em três níveis de resposta e recursos disponíveis: básico, médico-cirúrgico e polivalente (Despacho N°10319/2014, 2014).

Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares onde são prestados cuidados urgentes e emergentes, onde existe uma grande rotatividade de pessoas, sendo a sua filosofia a de estabilização e transferência dos doentes críticos (DGS, 2001).

Ao longo dos tempos, a desvalorização do cuidado fundamental por parte dos enfermeiros tem-se vindo a verificar cada vez com mais intensidade, sendo este fato atribuído à escassez de profissionais e aos cortes financeiros (Aiken & Sermeus, 2014). Os cortes financeiros, o aumento da carga de trabalho e conseqüentemente a falta de tempo são sem dúvida algumas causas para a não valorização do cuidado fundamental, no entanto Feo e Kitson (2016) defendem que a essência do problema está na forma como o cuidado fundamental é percebido. De acordo com estes autores, devido ao cuidado fundamental ser invisível e conseqüentemente desvalorizado, sendo considerado pouco importante para os outcomes dos doentes, leva a que seja delegado noutros profissionais, nomeadamente nos assistentes operacionais.

Na primeira semana de estágio, fiz um pequeno levantamento informal das informações constantes nos processos clínicos dos doentes internados em SO. O objetivo era tentar perceber da totalidade dos doentes internados em SO, quantos tinham avaliação da escala de Braden válida e quantos tinham descrito nas notas de enfermagem as condições da pele bem como os cuidados para a manutenção da integridade cutânea.

Nesta avaliação pude constatar que: no primeiro dia de um total de 26 doentes internados em SO, apenas 9 tinham avaliação da escala de Braden e apenas 5 tinham registos em notas de enfermagem das condições da pele, cuidados à pele e à manutenção da integridade cutânea; no segundo dia de um total de 23 doentes internados em SO, apenas 5 tinham avaliação da escala de Braden e apenas 6 tinham registos em notas de enfermagem das condições da pele, cuidados à pele e à manutenção da integridade cutânea; no terceiro e último dia de observação de um total de 19 doentes internados em SO, apenas 6 tinham avaliação da escala de Braden e apenas 6 tinham registos em notas de enfermagem das condições da pele, cuidados à pele e à manutenção da integridade cutânea.

Esta avaliação primária permitiu-me perceber que o meu tema era pertinente, atual e importante neste serviço.

Posto isto reuni com a Enfermeira Responsável do serviço, no sentido de perceber do ponto de vista do serviço se existia alguma necessidade de intervenção na área do meu tema, e também falei via telefone com Enfermeira Responsável do Grupo das Feridas (ERGF), que se encontrava de momento de baixa.

Em conjunto com ambas e com a minha orientadora, tendo em conta o contexto pandémico, o cansaço das equipas e a impossibilidade de realização de formações em serviço de forma presencial, propus elaborar uma base para colheita de dados onde fosse possível calcular taxas de incidência e prevalência de lesões cutâneas no serviço de urgência, o que despertou a atenção de ambas referindo ser uma ferramenta útil. Até então a equipa apenas notificava as LP e esta notificação era feita num dossier que existe na sala de enfermagem onde o enfermeiro coloca a etiqueta do doente que apresenta uma lesão por pressão de novo, ou vem com a mesma do domicílio. Segundo a ERGF a adesão é difícil. Muitas das vezes referem que até retiram a etiqueta do doente mas quando chegam à sala de enfermagem não se recordam de colocar a etiqueta no dossier, e outras vezes referem que não se encontram motivados para participar nestas atividades.

Posteriormente, a ERGF vê cada um dos processos clínicos e retira os dados que necessita. Apesar de simples parece um método rudimentar, falível e que coloca em risco a privacidade do doente, pois as etiquetas com os dados dos doentes encontram-se num dossier na sala de enfermagem. Para melhorar esta colheita de dados decidi elaborar uma base de dados em excel para este efeito.

O contexto pandémico que se viveu levou as equipas à exaustão e qualquer intervenção que acrescentasse trabalho às equipas teria fraca adesão. Por esse motivo, e uma vez que a adesão no método antigo era fraca, fiz 2 tabelas, para haver dois níveis de implementação.

A primeira tabela (Apêndice VII) contempla os seguintes parâmetros: número do processo; data de entrada no SU; data de aparecimento da lesão; tipo de lesão; dispositivo médico causador da lesão (se aplicável); escala de Braden avaliada?; e intervenções de enfermagem na manutenção da integridade cutânea. O objetivo desta primeira tabela seria sensibilizar e motivar a equipa para o preenchimento da mesma.

Posteriormente, e segundo avaliação da ERGF, seria implementada a segunda tabela (Apêndice VIII) mais completa, que contempla os seguintes parâmetros: número de processo; data de entrada no SU; data de aparecimento da lesão; lesão adquirida no SU?; tipo de lesão; tipo de Tecido (T); infeção (I); humidade (M); bordos da ferida (E); dispositivo médico causador da lesão (se aplicável); escala de Braden avaliada?; e intervenções de Enfermagem na manutenção da integridade cutânea. Esta segunda tabela, mais completa, permite retirar dados sobre a condição de cicatrização da ferida e serve para consolidar conhecimentos. Para elaborar esta tabela tive por base a ferramenta TIME que avalia 4 parâmetros os quais estão associados aos obstáculos presentes no leito da ferida e que dificultam a cicatrização: tipo de tecido, presença de sinais de infeção/ inflamação, humidade, e condições dos bordos da ferida (Nazareno et al, 2020). O mesmo autor afirma que existe alguma dificuldade por parte da equipa de enfermagem na avaliação da ferida, no entanto, esta ferramenta origina uma uniformização na sua avaliação.

Até ao momento, no SU apenas eram notificadas as LP, e todo o trabalho de levantamento de dados era realizado pela ERGF que avaliava processo a processo durante largas horas.

Esta ferramenta por mim criada tinha como principais objetivos: envolvimento e responsabilização da equipa de Enfermagem; monitorizar todos os tipos de lesões; facilitar o trabalho de tratamento de dados por parte da ERGF; extração de dados relativos à condição da pele dos doentes do SU, quais as intervenções de enfermagem para a manutenção da integridade cutânea que são implementadas e tentar melhorar a adesão da equipa, uma vez que, o preenchimento pode ser feito logo no computador quando estão a fazer os registos do doente, sem necessidade de se deslocarem para a sala de enfermagem.

Esta base de dados ficou disponível na pasta partilhada do serviço e será a ERGF a implementar quando vier de baixa para poder monitorizar falhas e implementar medidas

imediatas de melhoria. Para motivar e lembrar a equipa do seu preenchimento, elaborei uns lembretes para serem colocados nos computadores do SO (Apêndice IX).

No serviço de urgência, e principalmente durante a pandemia que vivemos no meu período de estágio, a sensação de impotência na prestação de cuidados era algo muito presente na equipa de enfermagem. Os doentes acumulavam-se em macas, cadeiras, chão e de pé, e os rácios seguros para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade eram impossíveis de cumprir pelo elevado fluxo de doentes que recorreu aos serviços de saúde. No entanto, o conforto do doente era uma preocupação da equipa e o cuidar era visível na sua prática diária.

A equipa reuniu-se junto da direção do serviço, e conseqüentemente da direção do hospital, para solicitar cadeirões que rebatiam as costas por forma aos doentes internados à largas horas no SU conseguirem descansar minimamente. Sempre que existia uma maca, cadeira-de-rodas ou outro equipamento danificado o chefe de equipa tinha logo a preocupação de notificar o serviço de manutenção por forma a evitar que o doente tivesse uma lesão decorrente do mau funcionamento do equipamento.

O cuidar em Enfermagem para ser compreendido requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, iniciado pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, em sua complexidade, suas escolhas, inclusive a escolha da enfermagem como uma profissão (Souza et al, 2005).

8. A manutenção da integridade cutânea na PSC sob VMI na UCI

Após o estágio no SU seguiu-se o estágio na UCI do mesmo Hospital.

Durante o meu percurso de estágio na UCI tive a preocupação de analisar cada intervenção de enfermagem com vista à manutenção da integridade cutânea, com foco na partilha de conhecimentos entre mim e a equipa.

Sempre que se recebe um doente na UCI a equipa de enfermagem inspeciona a pele do doente e regista no Sclínico as condições da pele. No caso de existência de uma lesão as características da mesma, bem como o seu tratamento, são descritos e é levantada a intervenção de enfermagem, realização de penso, também no Sclínico. A escala de Braden é avaliada na entrada na UCI e de 24 em 24 horas sempre no turno da manhã, sendo realizadas intervenções

específicas consoante o score da escala e é registada a condição da pele em todos os turnos, sendo na admissão do doente na UCI levantada logo essa intervenção de enfermagem no Sclínico.

A utilização da Escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de LP possibilita conhecer as características dos doentes aos quais prestamos cuidados e, se aplicada corretamente, permite antecipar intervenções que visem a prevenção da LP (Machado et al, 2019).

No que se refere aos equipamentos que auxiliam na mobilização dos doentes, existe elevador de transferência e cadeirões com encosto de cabeça para poder ser realizado levante aos doentes. Por norma, é o enfermeiro de reabilitação que realiza o levante, no entanto, várias vezes realizei levante aos meus doentes não existindo objeção por parte da equipa e bastante reforço positivo pela equipa de reabilitação. Os doentes que não se mobilizam no leito, têm colocado um resguardo de pano que facilita o posicionamento dos doentes permitindo levantar os mesmos e não arrastar (NPUAP, 2019).

A todos os doentes são prestados os cuidados de higiene e conforto no leito, uma vez que não existe casa de banho nem maca banheira, com água tépida no turno da manhã ou em SOS. Outro cuidado importante é o facto de que sempre que o doente evacua a equipa utiliza água e sabão para realizar a limpeza da pele e não toalhas referindo ter menos lesões por humidade.

Relativamente à utilização da fralda e do resguardo descartável estes eram colocados a todos os doentes internados sendo que aumentam bastante a temperatura e humidade na zona genital. Sugeri que nos doentes com trânsito intestinal mantido sem alteração da consistência e algaliados fosse apenas colocado resguardo descartável e retirada a fralda. Os doentes estão sedados, logo não se mexem e se as fezes tiverem a consistência normal ficam no resguardo, reduzindo desta forma a humidade da zona genital logo menos lesões cutâneas. Na grande maioria da equipa de enfermagem esta foi uma sugestão bem aceite os quais testaram e consideraram pertinente.

No que se refere à prevenção das lesões por dispositivo médico, em todos os posicionamentos o nastro do tubo orotraqueal é trocado tendo o cuidados de colocar o nó na face que fica no lado superior do posicionamento, evitando desta forma a pressão. Também são protegidos os pavilhões auriculares com compressas e as zonas de maior pressão, sendo que há preocupação de alternância das mesmas. Relativamente há algália e sonda orogástrica as

mesmas são fixas a pele com adesivo e nastro num sistema recortado pelas senhoras auxiliares que reduz a pressão dos dispositivos nos tecidos.

Relativamente à avaliação do risco nutricional dos doentes ele é calculado na entrada do doente na UCI mas não existe apoio do serviço de nutrição à UCI. Existe um grupo de enfermagem de nutrição que criou um protocolo de alimentação entérica juntamente com a equipa médica sendo cumprido pela maioria dos doentes. A maior dificuldade são os doentes cirúrgicos, que segundo a equipa de enfermagem, e eu também pude constatar durante o meu estágio, estão vários dias sem qualquer tipo de aporte nutricional pois a equipa de cirurgia, muitas das vezes, só inicia alimentação parentérica 1 semana depois da cirurgia. Os doentes traqueostomizados têm o apoio da enfermagem de reabilitação para avaliação dos reflexos de deglutição e é iniciada dieta oral muito precocemente.

Todos os doentes são posicionados no máximo de 3 em 3 horas mas em caso de necessidade este tempo é encurtado, havendo sempre preocupação da equipa de enfermagem na elevação e alívio de pressão nas proeminências ósseas. Sempre que possível, tendo em conta o seu estado clínico, os doentes realizam levante o mais precocemente possível.

Kalish (2006) realiza um estudo que revela que existem áreas de cuidado que se têm vindo a perder como sendo da área de atuação da enfermagem, como por exemplo, o posicionamento, a alimentação, o ensino ao doente, o planeamento da alta, o suporte nutricional, a higiene e a vigilância. As principais razões para que tal falto aconteça são a escassez de pessoal, a insuficiente utilização de recursos humanos existentes, a falta de tempo para intervenções de enfermagem, o défice de trabalho em equipa, a delegação ineficaz, as más práticas de liderança. Apesar das inúmeras inovações na prática clínica e na pesquisa em enfermagem, permanecem algumas lacunas na compreensão do que é importante para os doentes/ cuidadores e para enfermeiros que prestam cuidados em ambientes complexos, como os de uma UCI ou SU.

No que se refere ao meu período de estágio, e aos doentes portadores de infeção por Covid-19, a posição de pronação para recrutamento alveolar e aumento da oxigenação aumentou substancialmente.

Na UCI, quando se colocava um doente em decúbito ventral, esta técnica era realizada por 4 elementos, um à cabeça como *team leader* e normalmente responsável pela cabeça, Tubo Orotraqueal (TOT) e CVC; um de cada lado do tórax responsáveis pelo tronco e membros superiores; e um quarto elemento responsável pelas pernas e algália. A cada 3 horas havia a

preocupação de realizar a rotação da cabeça para alívio das zonas de pressão, sendo que todos estes doentes tinham colchão de pressão alternada colocado.

O posicionamento da PSC em pronação tem uma taxa de incidência de LP de 5 a 15% (Ramos et al, 2020).

Num estudo realizado pela APTF foi possível verificar que, após 7 dias de internamento, os doentes internados posicionados em decúbito ventral tiveram uma taxa de incidência de LP de 57,1% (116/204), comparativamente aos doentes que não foram posicionados em decúbito ventral os quais apresentaram uma taxa de 42,5% (79/186).

Num estudo realizado na Irlanda a taxa de incidência de LP em doentes em pronação é de 56,9%, sendo que a taxa de LP realizadas por dispositivos médicos varia de 0,9% a 41% (Moore et al, 2020).

Para o suporte de cabeça foram estudados 3 apoios diferentes: Almofada de algodão com poliuretano, com a qual 45% dos doentes desenvolveu LP grau II na testa e queixo; com o capacete protetor de poliuretano e o dispositivo de neopreno com ar não desenvolveram LP (Grisell & Place, 2008 citados por Moore et al, 2020).

No que se refere às zonas de risco de desenvolver LP (face, tórax, cristas ilíacas e tibia) a aplicação de placa hidrocolóide extra fina reduz a probabilidade de ocorrência de LP (Lucchini et al, 2020).

Durante o meu percurso de estágio da UCI frequentei uma formação externa da APTF de designada: “Webinar #3 – Atelier de cicatrização: Limpeza das feridas” (Anexo II).

Esta formação contribuiu para a melhoria dos meus conhecimentos na área da cicatrização das feridas e foi bastante útil para o trabalho desenvolvido por mim na UCI.

Após discussão com a minha enfermeira orientadora sobre as necessidades do serviço para elaboração de um trabalho no meu tema de interesse, ficou decidido elaborar um guia de consulta rápida onde estivessem contemplados os materiais de pensos disponível na UCI, sendo que acrescentei uma tabela de todo o material existente no Hospital onde está esquematizado o circuito de aquisição do mesmo, fornecido pelos serviços farmacêuticos do Hospital (Apêndice X).

Segundo a minha orientadora e o dinamizador do grupo das feridas na UCI é uma ferramenta bastante útil e de consulta rápida que ficou disponível para a equipa.

CONCLUSÃO

Tal como refere Nunes (2015, p.188) a prestação de cuidados ao doente em situação crítica requer “atuação, segura, imediata e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa.”. As situações críticas que exigem, portanto, a necessidade de cuidados especializados, desafiam o enfermeiro, a desenvolver competências de adequação do seu cuidado, nomeadamente no que diz respeito à capacidade de antever uma alteração do estado clínico do doente, preparando o ambiente de acordo com essa antecipação de eventuais alterações (Benner, Kyriakidis, & Daphne Stannard, 2011).

Ao longo do meu percurso académico de mestrado desenvolvi competências para uma prestação de cuidados com competências de perito, sendo que neste nível o enfermeiro baseia as suas ações na experiência e gere situações complexas de uma forma que nenhum iniciado consegue. Como perito, os cuidados de enfermagem acontecem de forma intuitiva, rápida, conseguindo prever e antecipar fenómenos, demonstrando segurança e perícia no seu contexto de ação.

Neste percurso académico, os dois estágios tiveram um papel bastante importante pois foram os momentos onde as oportunidades de desenvolvimento de competências, com discussão e reflexão foram inesgotáveis, dando oportunidade para desenvolvermos a nossa atividade, baseada na melhor evidência científica e partilhá-la com a equipa de enfermagem dos diferentes locais. Refleti, com a equipa de enfermagem, a minha preocupação sobre o cuidado na manutenção da integridade cutânea e o conforto ao doente, mesmo em situações de emergência e nos cuidados à PSC, tanto no SU como na UCI, valorizando a essência do cuidado de enfermagem.

Em UCI, num ambiente maioritariamente tecnológico e frequentemente associado a sofrimento, uma preocupação central da Enfermagem deve ser proporcionar conforto à pessoa doente, promovendo o seu bem-estar e da sua família.

Ao realizar este estágio num momento de pandemia mundial, em SU, foi-me possível colocar em prática as competências de enfermagem em catástrofe que numa outra altura apenas tinha sido possível em teoria.

Fazendo um balanço do meu percurso de estágio é possível concluir que alcancei todos os objetivos aos quais me propus, mesmo tendo realizado este percurso durante uma pandemia

mundial, onde o esforço de todos foi acrescido. Destacando aqui a disponibilidade dos serviços para receber os alunos do mestrado, bem como a disponibilidade das orientadoras e da equipa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiken, A. L., & Sermeus, W. (2014). Caring nurses hit by a quality storm. *nursing standard*, 28(35), 22–25. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=f8dc1be1-ab8d-ff26154ffd8b@sessionmgr104>

Alarcão, I.; Rua. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimentos de competências. *Texto Contexto Enfermagem* 2005 Jul-Set; 14(3):373-82.

Almeida A. et al. (2021). *Abordagem à pessoa com lesões da pele associadas à humidade*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas.

Almeida, I., Lúcio, P., Nascimento, M., & Coura, A. (2020). Coronavirus pandemic in light of nursing theories. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (Suppl 2), 1–5.

Al Thobaity, A.; Plummer, V.; Innes, K.; Copnell, B. (2015). Perceptions of knowledge of disaster management among military and civilian nurses in Saudi Arabia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18, Pág. 156–164. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.03.001>

Amaral, A. (2010). A Efectividade dos Cuidados de Enfermagem: modelos de análise. *Revista de Investigação Em Enfermagem*, N.º 21(February 2010), 96–105.

Baack, S., & Alfred, D. (2013). Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), Pág. 281–287. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnu.12029>

Back, E.; et al. (2003). Privacy in Hospital. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 27. Pás. 940-945.

Badia M.; et al. (2008). -Skin lesions after intensive care procedures: results of a prospective study. 23 (4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19056017/>

Bajwah, S.; et al (2020). Higginson Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *European Respiratory Journal*. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/early/2020/04/07/13993003.00815-2020#sec-2>.

Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205–214. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12177>

Beele H, Smet S, Van Damme N, Beeckman D. (2018) Incontinence-Associated Dermatitis: Pathogenesis, Contributing Factors, Prevention and Management Options. *Drugs and Aging*. Vol. 35 (Nº1). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40266-017-0507-1>

Benedetti, J. (2019). Estrutura e função da pele. MD, Harvard Medical School. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/biologia-da-pele/estrutura-e-fun%C3%A7%C3%A3o-da-pele>

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra. Quarteto Editora.

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute ad critical care: a thinking in action approach. *New York: Springer Publishing Company*.

Black, J. M. et al (2010). Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients.

International Wound Journal. Volume 7 (5). Pág. 358-365. Disponível em: [Scopus - Document details - Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients](#)

Boulton, A.; et al (2021). Intensive care unit visiting and family communication during the COVID-19 pandemic: A UK survey. *Journal of the Intensive Care Society*. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17511437211007779>

Brandão E. S., et al (2019). Teorias de enfermagem na promoção do conforto em dermatologia. *Revista Enfermagem UERJ*. Disponível em: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=75cb2eee-fa79-4ba6-81d9-b6e7db141dea%40redis>

Cardoso, D. O.; Lazzari, C. M. (2015). Caracterização das lesões de pele em um centro de tratamento intensivo adulto em um hospital privado. Gramado -RS.

Cardoso, S. R. S.; Cruz, I. C. F. (2017). Risco da integridade da pele prejudicada – Revisão sistematizada da literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*. Vol 9 (Nº1). Disponível em: jsncare.uff.br/index.php/jsncare/rt/prinFRIENDLY/2890/721.

Cardoso, T. P.; et al (2019). Vivências e percepções de familiares sobre a hospitalização da criança em unidade pediátrica. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9(4), 1-21. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/334603430>

Castro, C. et al (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. Vol.5 (Nº2). Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23939/1/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf

Cauduro, F. P.; et al (2018). Antuação dos enfermeiros no cuidado das lesões de pele. *Revista de Enfermagem*. Vol 12 (Nº10). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236356>

Cerol, P. et al. (2019). Mobilização precoce em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva: Revisão Integrativa de Literatura. *RPER*. Vol. 2 (Nº1). 50-58. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/124/77>

Chen, J.; et al (2020). Investigating the efficacy of hydrocolloid dressing for preventing nasotracheal tube-related pressure injury in the PICU. *PCCM Journal*. 21 (9). DOI: 10.1097/PCC.0000000000002494.

Christensen, M. (2007). Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study, *Nurse Critical Care*, 12(4), 188-97.

Collier, M. (2019). Minimising pain and medical adhesive related skin injuries in vulnerable patients. *British Journal of Nursing*, 28 (15), S26–S32. Doi.org/10.12968/bjon.2019.28.15.S26.

Cordeiro, A. L. (2009). Responsabilidade Profissional : Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Correia, M. B. (2002). A Reflexão Crítica como Prática Formativa. *Revista Sinais Vitais*. Págs. 60–63.

Coyer F., et al (2015). Reducing pressure injuries in critically ill patients by using a patient skin integrity care bundle (InSPiRE). DOI: 10.4037/ajcc2015930. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25934716/>.

Coyer F., et al (2017). Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide comparison. DOI: 10.1016/j.aucc.2016.12.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28063724/>

Creutzfeldt, C.; et al (2021). Family Presence for Patients with Severe Acute Brain Injury and the Influence of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Palliative Medicine*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33210984/>

Curry, K; et al. (2012). A prospective, descriptive study of characteristics associated with skin failure in critically ill adults. *Ostomia Wound Gerenciar*.

Decreto-Lei n.º 157/2018 (2018). Competências para o grau de mestre. Diário da República. *Graus académicos e diplomas do ensino superior*. 1ª Série (Nº157 de 16 de Agosto de 2018). Páginas 4160-4162. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário Da República, 1ª Série, Capítulo I (Artigo 15o), 4147–4182.

Despacho Normativo n.º 11/2002. Criar o serviço de urgência hospitalar. Diário da República. Série I-B.

Despacho n.º 10319/2014. (2014). Serviço de Urgência Polivalente. Diário Da República, 2a Série, 153, 20673–20678.

Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República. 2ª Série. Nº28.

Despacho n.º 5631/2015. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário Da República, 2o Série - n.o 102, 13550–13553.

Diogo et al (2021). Trabalho emocional de enfermeiros da linha de frente do combate à pandemia de Covid-19. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 74 (Suplemento 1).

Direção Geral de Saúde (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência (Direção-Geral da Saúde (ed.)).

Direção Geral de Saúde (2015b). Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24159/1/6%c2%ba%20Curso%20de%20Mestrado%20em%20Enfermagem-%20RELAT%c3%93RIO%20DE%20EST%c3%81GIO-28.12.2017-%20Final%c3%adssimo.pdf>

Direção-Geral do Ensino Superior (2013). Relatório de Referência do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações. Disponível em https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_geq.pdf

Duarte, A.; et al. (2021). Cuidados de Enfermagem na prevenção de lesões da pele associadas aos adesivos médicos – Uma revisão scoping. Revista Millenium. 2 (9). Disponível em: <file:///C:/Users/joana/Downloads/24981-Article%20Text-103749-1-10-20211130.pdf>

Duarte Y.; et al. (2000). Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). Objetivos e competências do CMEPSC. Disponível em: <https://www.esel.pt/NR/ronlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2020). Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Regente: Professora Maria Cândida Durão.

Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1–11. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden (1ª ed.). Coimbra: Lusociência.

Fletcher J, et al. (2020). Prevention and management of moisture-associated skin damage. *Wounds Int*. Vol. 34 (Nº2), 77–82.

Freitas, G. F., Oguisso, T., & Fernandes, M. de F. (2010). Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem. *Enfermagem Em Foco*, 1(3), 104–108.

Freitas, M. J. B. dos S. de, & Parreira, P. M. D. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. Referência - *Revista de Enfermagem*, III, Num., 171–178.

Fumarola, S. et al (2020). Overlooked and underestimated: medical adhesive-related skin injuries. *Journal of Wound Care*. 29 (3).

Galetto, S. G.; et al. (2019). Lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72 (2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BzhBLh3dBvdFKdHZWG4TLWG/abstract/?lang=pt>

Gardiner L., et al (2008). Evidence-based best practice in maintaining skin integrity. *Wound Practice and Research*. 16 (2). Págs. 5-15.

Godinho, N. (2018). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - Normas APA. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Groenestege-kreb, D. T., Maarseveen, O. Van, & Leenen, L. (2014). Trauma team. *British Journal of Anaesthesia*, 113(June), 258–265. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu236>

Grupo Português de Triagem. (2010). Triagem no serviço de urgência - manual do formando. 2ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem ISBN 9789899665200.

Hadfield, G., Alexandra, De Freitas, B. S., Freitas, A. de, & Bradbury, S. (2019). Clinical evaluation of a silicone adhesive remover for prevention of MARSİ at dressing change. *Journal of Community Nursing*, 33(3), 36–41. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=137440549&site=eds-live>

Hajibandeh, S., & Hajibandeh, S. (2017). Who should lead a trauma team: Surgeon or non-surgeon? A systematic review and meta-analysis. *Injury & Violence*, 9(2), 107–116.

Hammad, K. ., Arbon, P. ., Gebbie, K. ., & Hutton, A. (2012). Nursing in the emergency department during a disaster: a review of the current literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15, Pág. 235–244.

Hanonu, S.; Karadag, A. (2016). A prospective, descriptive study to determine the rate and characteristics of and risk factors for the development of medical device-related pressure ulcers in intensive care units. *Ostomy Wound Management*. Volume 62 (2). Pág. 12-22. Disponível em: [Scopus - Document details - A prospective, descriptive study to determine the rate and characteristics of and risk factors for the development of medical device-related pressure ulcers in intensive care units](#)

Hartigan, L.; et al. (2018). Patients' perception of privacy and confidentiality in the emergency department of a busy obstetric unit. *BMC Health Services Research*. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-018-3782-6.pdf>

Holloway, S.; Jones, V. (2017). The importance of skin care and assessment. *Br J Nurs*. Vol. 14 (Nº22). Págs. 1172–6.

Instituto Nacional de Estatística (2021). Causa de Morte 2019. Publicado a 1 de Amrço de 2021. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2

Jeremias, A. T. N.; Correia, P. M. A. R. (2019). Trabalho de equipa em saúde como processo de relação formal potenciador da satisfação e motivação laboral. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Vol XXXVIII. Pág. 88-109. Disponível em: <file:///C:/Users/joana/Downloads/root-default.groups.name.manager-6802-22318-1-ce.pdf>

Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Qual*. 21(4), 306–313. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=344c3ea7-196e-40b2-bd0a-5f0760ffc2b2@sessionmgr102&hid=118>

Keller B, Wille J, van Ramshorst B, van der Werken C. (2002). Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive Care Med*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12373461/>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York : Springer.

Kolcaba, K. (2009). *Comfort*. [autor do livro] Sandra J. Peterson e Timothy S. Bredow. Middle Range Theories. Application to nursing research. s.l.: Lippincott.

Konder, M. T.; et al. (2015). The emergency care units in the National Policy for Emergency. *Physis*. v. 25, n. 2, p. 525-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011>

Labrague, L.; Yboa, B.; Mcenroe-Petitte, D.; Lobrino, L.; Brennan, M. (2016). Disaster Preparedness in Philippine Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), Pág. 98–105. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnu.12186>

Lamblin V, Favory R, Boulo M, Mathieu D. (2006). Microcirculatory alterations induced by sedation in intensive care patients: effects of midazolam alone and in association with sufentanil. *Crit Care*.

Lisboa, D. A. J. ; et al (2012). Perfil de pacientes em ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva. *Journal of Biotechnology and Biodiversity*, 3 (1), 18- 24, ISSN: 2179-4804.

Li, Y. H.; Li, S. J.; Chen, S. H.; Xie, X. P.; Song, Y. Q.; Jin, Z. H.; Zheng, X. Y. (2017). Disaster nursing experiences of Chinese nurses responding to the Sichuan Ya'an earthquake. *International Nursing Review*, 64(2), Pág. 309–317. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12316>

Lei n.º15/2014 de 21 de Março. Diário da República n.º57/2014, 1ª. Série. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>

Lei n.º 25/2012 de 16 de julho. Diário da República n.º 136/2012, 1ª Série. Assembleia da República. Lisboa. Disponível em: <https://spms.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/09/Lei-n-25.2012-de-16-de-julho.pdf>

Lourenço, L. (2012). Comunicação em enfermagem: que trajetos? Que caminho? *Nursing*. Lisboa, ISSN 0871-6196. N.º 277. Pág. 22-27.

Lucchini, A.; et al. (2020). Prone Position in Acute Respiratory Distress Syndrome Patients: A Retrospective Analysis of Complications. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 39 (1). DOI: 10.1097/DCC.0000000000000393

Machado, L. C. L. R.; et al (2019). Factores de risco e prevenção de lesão por pressão: aplicabilidade da escala de Braden. *Revista Electrónica Acervo Saúde*. Volume suplementar 21 (Nº21). Pág. 1-7. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/635/314>

Malliarou, M., Karathanasi, K., & Sarafis, P. (2009). Safe Nurse Staffing : a Systematic Review. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 01(01), 38–46.

Maranghello, M. S., et al (2021). O Enfermeiros nos cuidados com a integridade da pele: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*. Vol 7 (Nº19). Pág. 99422- 99439. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/38159/pdf>

Marcelino, P. (2008). Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao Doente Crítico. Loures: Lusociência.

Martins, C.; Tapia, C. (2009). A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 62(5). pp 778-83.

Mary J. G. Et al (2017). Tissue interface pressure and skin integrity in critically ill, mechanically ventilated patients. *Intensive Crit Care Nurs.* 38: 1–9.

McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of Advanced Nursing.* Vol 56 (Nº5). Pág. 472-479.

McNichol, L.; Lund, C.; Rosen, T.; & Gray, M. (2013). Medical adhesives and patient safety: State of the science consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing.* 40 (4), 365–380. Doi.org/10.1097/WON.0b013e3182995516.

Mendes, R. S. et al (2016). Teoria do conforto com subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Ciência Cuidado Saúde.* Volume 15 (2). Pág. 390-395. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27767/pdf>

Menoita, E. C. (2015). *Abordagem da úlcera Por Pressão: Plano preventivo e de tratamento.* Loures: Lusodidata.

Micheli C., et al (2017). No Sting Barrier Film to Protect Skin in Adult Patients: Findings From a Scoping Review With Implications for Evidence-Based Practice. *PubMed.* Vol. 14 (Nº5). 403-411.

Ministério da Saúde (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República.* 2ª Séria. Nº187. Despacho Nº9390/2021. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Ministério da Saúde. *Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos.* 2013. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002490IQmwD8.pdf>

Monteiro, D. S.; et al (2021). Incidência de lesões de pele, risco e características clínicas de pacientes críticos. *Texto e Contexto Enfermagem*. Vol.30. 1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4FWZdWFsgrFzZgXwX8QFJ8D/?format=pdf&lang=pt>

Moreira, N. et al (2009). Conduas de Enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Vol. 10. Nº2. Pág. 45-61. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027966005>

Moore, Z.; et al (2020). Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: lessons for the COVID-19 emergency. *Journal of Wound Care*. VOL. 29 (nº6), Págs. 312-320.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2019). Shear force slide set. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/shear>

Nazareno et al (2020). Ferramenta TIME para avaliação de feridas: concordância interobservador. *Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. Volume 18. E1720.

Nicolas, A., Aizpitarte, E., Iruarrizaga, A., Vázquez, M., Margall, A., Asiain, C. et al. (2008). Perception of night-time sleep by surgical patients in a intensive care unit, *British Association of Critical Care Nurse, Nursing in Critical Care*, 13(1), 25-32.

Norma Nº 021/2015. Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação. Direção-Geral da Saúde. “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. (Nº21 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017). Página 1-3. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>

Norma N°007/2020. Prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2 (Covid-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Rev. bioét.*, 23 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados descritivos. DIVULGAR. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, 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. Diário da República, 2.ª Série, 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série. N°26. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Lisboa: CELOM.

Organização Mundial de Saúde. (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>

Organização Mundial de Saúde (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10ª Revisão. Disponível em: www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/

Organização Mundial de Saúde (2011). Occupational and community noise. Burden of disease from environmental noise Quantification of healthy life years lost in Europe. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf

Organização Mundial de Saúde (2017). Medication Without Harm - WHO Global Patient Safety Challenge. Genebra

Osha. (2016) Noise Section of the European Agency for Safety and Health at Work (EUOSHA). Disponível em: http://osha.europa.eu/pt/topics/noise/index_html

Otto, C.; et al. (2019). Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. *Enfermagem em Foco*. 10 (1).

Paim, R. S. P.; Lorenzini, E. (2014). Estratégias para a prevenção da resistência bacteriana: contribuições para a segurança do paciente. *Revista Cuidarte*. 5 (2). Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000200007

Pearson, A.; et al. (2005). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista de Enfermagem Referência*. 2ª Série (nº12). Págs. 123- 133. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2162&id_revista=4&id_edicao=32

Peters, M., Godfrey, C. M., Mcinerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). 2017 Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews. *Joana Briggs Institute Reviewer's Manual, September*, 141–146. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Profetto- McGrath, J.; et al. (2010). Clinical Nurse Specialists' Approaches in Selecting and Using Evidence to Improve Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Volume 7 (nº1). Págs. 36-80.

Ramos, P.; et al (2020). Ercomendações PUPRO - Prevenção de Úlceras por pressão na Posição Prono e em Doentes com ECMO e outros dispositivos médicos em contexto de Cuidados Intensivos. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APT Feridas). ISBN 978-989-54770-5-0.

Rego, A., Cunha, M. P. (2016). *Que Líder Sou Eu? – Manual de apoio ao desenvolvimento de competências de liderança*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

Regulamento N° 140/2019. Regulamento competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2ª Série - N°26.

Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário Da República, 2ª Série – Nº135, Artigo 2o.

Resende, D. M.; et al (2006). Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Revista Scielo Brazil*.

Robertson, L. C.; Al-Haddad, M. (2013). Recognizing the critically ill patient. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. 14 (1). Disponível em: [https://www.anaesthesiajournal.co.uk/article/S1472-0299\(12\)00266-4/fulltext](https://www.anaesthesiajournal.co.uk/article/S1472-0299(12)00266-4/fulltext)

Rodrigues, Y. C. S. J., Citó, M. D. C. D. O., Studart, R. M. B., Melo, E. M., Andrade, Í. R. C., & Barbosa, I. V. (2012). Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(4), 789–795.

Rose, L.; et al (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID19: A UK National Survey. *ATS Journals*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33617747/>

Rose, L. (2012). Management of critically ill patients receiving noninvasive and invasive mechanical ventilation in the emergency department. *Open Access Emergency Medicine*, 5. Doi:10.2147/OAEM.S25048.

Santos, M. C.; et al (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 10. Pág. 47-57. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunica%20em%20sa%20bade%20e%20a%20seguran%20a7a%20do%20doente.pdf>

Santos, P. R. A.; et al. (2019). Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre*. v. 40, n. 2, EpubApr 29, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>

Silva, M. L.; et al (2013) Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: Análise da incidência e lesões instaladas. *Revista da rede de enfermagem do Nordeste*. 14 (5). Págs. 938-944.

Silva, R. M.; Campos, P.; Reis, A. M.; Bandeira, R. (2015). Princípios de Medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*. N°22, Pág. 249 – 266. Disponível em: https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/1647-7723_22_19

Simão, C. M. F. ; Caliri, M. H. L. ; Santos, C. B. (2013). Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão. *Scielo Brazil*. 26 (1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/LgfPFd4mgBHCk7nDh44fVsF/?lang=pt>

Smith, D. & Waugh, S. (2009). Research Study: An assessment of registered nurses knowledge of pressure ulcers prevention and treatment. *The Kansas Nurse*, 84 (1), 3 – 5. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/4adb66de5dd118897e13d01ca2af559a/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=48934>

Soares, J. R., Martin, A. R., Rabelo, J. F., Barreto, M. da S., & Marcon, S. S. (2016). Presença da família durante o atendimento emergencial : percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan*, 16(2), 193–204. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.7>

Sociedade Brasileira Israelita Albert Einstein (2012) Integração da pela: avaliação, manutenção e manejo das complicações. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002199LK8hU3.pdf>

Sousa, L. M. M.; et al (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem. (Nº21). 2ª Série. 9-16. Disponível em: <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>

Souza, M. L.; et al (2005). O Cuidado em Enfermagem – Uma aproximação teórica. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RPGd7WQhG6bbszqZZzjG4Rr/?format=pdf&lang=pt>

Stefanelli, M.; Carvalho, E. (2005). A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole. ISBN: 85- 204-2196-2.

Stewart, R. M., Rotondo, M. F., Henry, S. M., & Drago, M. (2018). *Advanced Trauma Life Support* ® (C. A. C. of Surgeons (ed.); Tenth Edit).

Ugras, G., Oztekin, S. (2007). Patient Perception of Environment and Nursing factors contributing to sleep disturbances in Neurosurgical Intensive Care Unit, *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 212, 299-308.

VanGilder C. et al (2009). Results of the 2008-2009 international pressure ulcer prevalence survey and a 3-year, acute care, unit specific analysis. *OstomyWound Manage.* Nº55 (11). Pág. 39-45. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19934462/>

Venâncio, P. M. M. (2017). *Liderança e motivação nas organizações: o papel do líder na construção da imagem institucional* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/30061/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_DE_TESE_DOCUMENTO_OFICIAL_FINAL.pdf

Wahlin, I.; et al. (2020). Development and validation of an ICU-specific pressure injury risk assessment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. DOI: 10.1111/scs.12891.

Watson, J. (2002). *Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Winnipeg Regional Health Authority (2012). *A Guide for Successful Integration of a Clinical Nurse Specialist*. Disponível em: <http://docplayer.net/4986698-A-guide-for-successful-integration-of-a-clinical-nurse-specialist.html>

World Health Organization (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*. World Health Organization. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

World Health Organization, & International Council of Nurses (Eds.). (2009). *ICN Framework Of Disaster Nursing Competencies*. Geneva: ICN & WHO.

World Health Organization (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide Clean Care is Safer Care*. World Health Organization. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331475/nCoVsitrep11Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Yava, A., Tosun N., Ünver V., Çicark, H. (2011). *Patient and Nurse Perceptions of Stressors in the Intensive Care Unit*, *Stress Health*, 27, 36-47.

Yousefi, H.; et al (2009) - *Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study*. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (9) Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19694852/>

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Cronograma 3º Semestre				
Ano	2020	2021		
Local de estágio/ Mês	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
SUG				
UCI				

APÊNDICE II – OBJETIVOS DE ESTÁGIO SU

Objetivos específicos SU:

- Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica que vivencia processos complexos de doença e/ ou falência orgânica;
- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a prestação de cuidados que visão a manutenção da integridade cutânea;
- Aprimorar a monitorização da condição da pele, com vista à manutenção da sua integridade ou ao seu melhor tratamento;
- Avaliar o encaminhamento dos doentes com necessidade de cuidados de Enfermagem à pele, aquando da alta/ transferência.

APÊNDICE III – OBJETIVOS DE ESTÁGIO UCI

Objetivos específicos UCI:

- Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica que vivencia processos complexos de doença e/ ou falência orgânica;
- Observar os cuidados prestados pela equipa de Enfermagem que visão a manutenção da integridade cutânea;
- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a prestação de cuidados que visão a manutenção da integridade cutânea;
- Aprimorar a monitorização da condição da pele e periodicidade de realização dos pensos das feridas;
- Otimizar o processo de colheita de lesões cutâneas da UCI facilitando o trabalho de colheita de dados da equipa de feridas, a qual calcula taxas de incidência e prevalência mensais e anuais.

APÊNDICE IV – PLANO DE FORMAÇÃO VMI, VNI E ALTO FLUXO

Tema	Conteúdos	Objetivos específicos	Local e equipamentos utilizados	Destinatários
VMI VNI	- Ajuste de alarmes do ventilador; - Montagem e teste do sistema.	- Capacitar e sensibilizar a equipa multidisciplinar para um correto ajuste dos alarmes do ventilador; - Ensinar a equipa multidisciplinar a montar e a testar o sistema do ventilador.	SUG Ventilador V60 Ventilador Stellar	Enfermeiros e Médicos
Alto fluxo	- Montagem do sistema; - Conceito: indicações e contra-indicações; - Princípios de uma correta adaptação do doente; - Vigilância do doente sob alto fluxo.	- Ensinar a equipa multidisciplinar a montar o sistema de alto fluxo; - Dotar a equipa multidisciplinar de conhecimentos atualizados em alto fluxo; - Melhorar a adaptação e vigilância dos doentes sob terapia de alto fluxo.	SUG Equipamento de alto fluxo	Enfermeiros e Médicos

APÊNDICE V – PLANO DE FORMAÇÕES UCI

Tema	Conteúdos	Objetivos específicos	Local e equipamentos utilizados	Destinatários
Monitorização hemodinâmica	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de monitorização com o sistema Flow-trac; - Definições dos parâmetros hemodinâmicos avaliados; - Cuidados de Enfermagem ao doente com monitorização hemodinâmica com o sistema Flow-trac. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formar os novos elementos da equipa de enfermagem em monitorização hemodinâmica; - Capacitar os novos elementos de competências no cuidados ao doente sob monitorização hemodinâmica com o sistema flow-trac. 	<p style="text-align: center;">UCI</p> <p style="text-align: center;">Monitor Flow-trac</p>	<p style="text-align: center;">Enfermeiros em integração na UCI</p>
Interpretação gasimétrica	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio ácido-base e rápida interpretação gasimétrica; - Correta realização da colheita de gasimetria arterial num doente com linha arterial; - Cuidados ao doente com linha arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formar os novos elementos da equipa de enfermagem em equilíbrio ácido base; - Dotar os novos enfermeiros de capacidade para interpretação rápida de uma gasimetria; - Melhorar os cuidados dos novos elementos aos doentes com linha arterial; 	<p style="text-align: center;">UCI</p> <p style="text-align: center;">Máquina de gasimetrias e um doente com linha arterial</p>	<p style="text-align: center;">Enfermeiros em integração na UCI</p>

		- Formar os novos elementos na técnica correta de colheita de gasimetria a doentes com linha arterial.		
Hemodiálise venovenosa contínua com anticoagulação com citrato	- Conceitos básicos de hemodiálise; - Montagem do sistema de hemodiálise; - Cuidados de enfermagem ao doente com esta técnica dialítica.	- Formar os novos elementos em conceitos básicos de diálise; - Formar os novos elementos na correta montagem da técnica dialítica; - Capacitar os novos elementos para uma vigilância dos doentes com esta técnica dialítica.	UCI Máquina de diálise Multifiltrate	Enfermeiros em integração na UCI
Prevenção da PAV	- Feixes de prevenção da PAV	- Sensibilizar e formar os novos elementos sobre os feixes de prevenção da PAV	UCI Ventilador e doente ventilado	Enfermeiros em integração na UCI
Avaliação da PIA	- Conceito da PIA; - Técnica de avaliação da PIA.	- Formar os novos elementos no conceito e importância de avaliação da PIA; - Ensinar os novos elementos da técnica de avaliação da PIA.	UCI Sistema de avaliação da PIA e monitor	Enfermeiros em integração na UCI

APÊNDICE VI – PLANO DE FORMAÇÕES SU

Tema	Conteúdos	Objetivos específicos	Local e equipamentos utilizados	Destinatários
Linha arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Montagem do sistema de linha arterial; - Cuidados de Enfermagem ao doente com linha arterial; - Realização de gasimetria arterial ao doente com linha arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a equipa de enfermagem a montar o sistema de linha arterial; - Melhorar os cuidados de enfermagem aos doentes com linha arterial; - Formar a equipa sobre a técnica correta de colheita de gasimetria arterial a doentes com linha arterial. 	<p>SU</p> <p>Sistema de linha arterial e monitor</p>	Enfermeiros
Lesões cutâneas no doente sob VNI	<ul style="list-style-type: none"> - Principais lesões cutâneas na PSC sob VMI; - Cuidados de enfermagem na manutenção da integridade cutânea destes doentes; - Técnicas de colocação do nastro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a equipa de enfermagem para as diferentes lesões cutâneas na PSC sob VMI; - Formar os enfermeiros nas intervenções de enfermagem que visam a manutenção da integridade cutânea. - Debater as principais dificuldades sentidas e ouvir sugestões. 	<p>SU</p> <p>Doente ventilado</p>	Enfermeiros
Pace-maker	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos e tipos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Formar a equipa no coneito de pace-maker externo; 	<p>SU</p> <p>Pace-maker</p>	Enfermeiros

	<ul style="list-style-type: none"> - Montagem do sistema de pacer-maker externo; - Cuidados de enfermagem ao doente com pacer-maker externo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a equipa para os cuidados de enfermagem aos doentes com pacer-maker externo. 		
Prevenção da PAV	<ul style="list-style-type: none"> - Feixes de prevenção da PAV 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar e formar os novos elementos sobre os feixes de prevenção da PAV 	<p>UCI</p> <p>Ventilador e doente ventilado</p>	<p>Enfermeiros em integração na UCI</p>

**APÊNDICE VII – PRIMEIRA TABELA COLHEITA DE DADOS
FERIDAS SU**

Nº PROCESSO	DATA ENTRADA SUG	DATA APARECIMENTO LESÃO	TIPO LESÃO	DISPOSITIVO MÉDICO CAUSADOR DE LESÃO (SE APLICÁVEL)	ESCALA DE BRADEN AVALIADA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA

**APÊNDICE VIII – SEGUNDA TABELA COLHEITA DE DADOS
FERIDAS SU**

APÊNDICE IX – LEMBRETES COMPUTADOR SU

Já notifiquei as lesões da
pele do meu doente???

It's **TIME** now

APÊNDICE X – GUIA DE UTILIZAÇÃO DE PENSOS E APÓSITOS UCI

GUIA DE UTILIZAÇÃO DE PENSOS E APÓSITOS



MATERIAL DE PENSOS DISPONÍVEL NO HOSPITAL

Produto	Código	Marcas	Justificativa
Acido Gordo Higienizante 40 ml	81050079	Li novera	B/Braun
Alginato Cálcio Cap. C/ Phasa 10x10cm	81001830	Urigo Sltu Ag	com justifi cap.30
Alginato Cálcio /reborde 10x10 Cap.	81001590	Urigo Sltu	Urigo
Carbó ximetilcelulose Sódica Com Phasa, super absorvente, Penso 10x10	81000000	Aqualcel Ag	KWtech Portugal com justifi cap.30
Carvo Activado 10 x10cm, Penso	81001600		Quilaban
Colagenase 30g látex ga (desbridante venen ática)	81050002	Ulcerase	Smith Nephew com justifi cap.30
Fibras polí-absorve; hidro-olera níveo, sa-pia res /Borraco +Matéria ótica Ag; Penso	81050077	Urgodean Ag 6x6	Urigo com justifi cap.30
Fibras polí-absorve; hidro-olera níveo, sa-pia res /Borraco +Matéria ótica; Penso	81050130	Urgoclean 10x10	Urigo com justifi cap.30
Gele C/ hidropolímido mál, 5x9, 3 Cm, 0, Cap.	81001605	Inadine	Medicinalia
Gele Vela Enxada 10x10 Cm, Cap.	81001607	Adaptic	Medicinalia
Gele Vela Enxada 7M x10 Cm	81001808	Adaptic	Medicinalia
Gel Próbhe e anti-á-BE em a 3.0 ml	81050053	Prontosan	B/Braun com justifi cap.30
Hidrocolóide (d'apla cam ada) 10x 10 Cm, c/ reborde Pherso	81050079	Algoplaque	Urigo
Hidrocolóide (a extra-feril) 10 x10 Cm, Penso	81001708	Pharmplast	Quilaban
Hidrocolóide s /reborde 15x15 Cm, Penso	81001715	Pharmplast	Quilaban
Hidrocolóide s /reborde 20x20 Cm, Penso	81001722	Pharmplast	Quilaban
Hidrogel Com alginato de sódio 10 15g látex /ser	81001740	Nu Gel	Medicinalia
Hidrogel super absorvente com sul. B Ring er 10x10cm	81050107	Hydro Clean Advance	Paul Hartmann com justifi cap.30
Hidrogel, c/ Sílica em a granu carvilo, 10x10, s /reborde	81050048	Me pillow Ag	Molnycke com justifi cap.30
Hidrogel, Esp. espuma B- 10x10cm, pa-mar	81001701	Permafoam Cavity	Paul Hartmann
Hidrogel, Esp. espuma c/Rebor, area 10 x10x10cm -Penso	81001779	Tielle 11x11	Medicinalia
Hidrogel, Esp. espuma c/Rebor, area 10 x10x10cm -Penso	81050078	Aqualcel Foam Aderente	KWtech Portugal
Hidrogel com Silicom, super absorvente, C/Reborde 15x15 (10x10)	81001836	Aqualcel Ag Foam	KWtech Portugal com justifi cap.30
Hidrogel com espuma c/Reborde, a base de vertical, x 2 0x20; Penso	81050111	Urigo Tull	Urigo com justifi cap.30
Hidrogel com espuma /reborde, a base de vertical, x 2 0x20; Penso	81050111	Aqualcel Foam	KWtech Portugal
Hidrogel com ep. Espuma s /rebor: absorção vertical; x1 0x10 cm; penso	81001786	Aqualcel Foam	KWtech Portugal
Solução Próbhe e anti-á-BE em a 300 ml	81050052	Prontosan	B/Braun com justifi cap.30
Tule siliconada 1.0x10 cm	81050112	Adaptic touch	Medicinalia com justifi cap.30

DESBRIDANTES

Nome: Hidrogel



Mecanismo de ação: Polímero ligado entre si contendo 80-90% de água. Vai libertar água no leito da ferida, hidratando-a e favorecendo a libertação de enzimas proteolíticas que promovem a autólise do tecido necrosado. Em feridas desidratadas favorece o processo de epitelização mantendo o ambiente húmido no leito da ferida propício à migração celular e atenua a dor.

Indicações: Feridas com tecido necrótico, desidratadas ou sem exsudado.

Desvantagens: É um processo lento e necessita de um penso secundário pouco absorvente (Por exemplo: placa hidrocolóide).

Aspetos práticos: Nas feridas com necrose seca devem efetuar-se cortes cruzados para o gel penetrar e não devem ser associados antissépticos.

Modo e ritmo de aplicação: Até 3/3 dias

DESBRIDANTES

Nome: Placa hidrocolóide



Mecanismo de ação: Constituídos por carboximetilcelulose, pectina e gelatina. São formados por duas camadas, que o torna impermeável a bactérias e permitem as trocas gasosas. A presença de carboximetilcelulose na sua constituição confere-lhe capacidade de absorção, transformando-se em gel quando em contacto com o leito da ferida. Promove assim um ambiente ideal para a cicatrização, favorecendo o desbridamento autolítico e promovendo a granulação.

Indicações: Feridas com tecido desvitalizado, granulação e epitelização.

Contra-indicações: Não deve ser utilizado em feridas infetadas.

Desvantagens: Não tem grande capacidade absorvente.

Aspetos práticos: O gel que se forma tem um cheiro desagradável característico, não confundir com sinais de infeção.

Modo e ritmo de aplicação: Até 7 dias

AÇÃO ANTIMICROBIANA

Nome: Prontosan



Mecanismo de ação: Amplo espectro antimicrobiano eficaz contra bacterias aeróbicas e anaeróbica, MRSA, fungos e leveduras.

Indicações: Feridas infetadas e/ ou colonizadas. Apresenta capacidade de destruição de biofilme.

Desvantagens: Necessita de penso secundário.

Modo e ritmo de aplicação: Irrigação ou compressa embebida durante 15 minutos.

Gel: aplicação de camada fina e apósito secundário.

AÇÃO ANTIMICROBIANA

Nome: Inadine



Mecanismo de ação: Libertação lenta de iodo no leito da ferida, o qual se vai ionizar, penetra e oxida a parede celular microbiana, exercendo assim o efeito anti-microbiano..

Indicações: Feridas infectadas ou com risco de infectar.

Contra-indicações: Sensibilidade ao iodo, doentes com patologia tiroideia ou renal, grávidas, crianças ou bebés até 6 meses de idade e após tratamentos com iodo radioativo.

Desvantagens: Necessita de penso secundário e não pode ser usado concomitantemente com radioterapia.

Aspetos práticos: Pode ser cortado e a gaze impregnada liberta rapidamente o iodo ficando descolorada.

Modo e ritmo de aplicação: 48 horas.

AÇÃO ANTIMICROBIANA

Nome: Pensos com prata



Mecanismo de ação: Libertação contínua de prata iónica no leito da ferida. Os iões de prata têm ação antimicrobiana por precipitação das proteínas da parede celular e membrana plasmática e ainda por inibição da replicação do DNA dos microorganismos presentes na ferida. Tem uma actuação imediata e constante.

Indicação: Feridas infetadas.

Contra-indicações: Sensibilidade à prata, grávidas ou mulheres a amamentar.

Aspetos práticos: Pode ocorrer argiria (coloração do leito da ferida de cinzento) devido à precipitação da prata. Nestes casos, aconselha-se a alteração do tipo de penso.

Modo e ritmo de aplicação: Grande parte dos pensos com prata está comercializada na forma mista, estando o seu tempo da aplicação relacionado com a associação existente.

ABSORVENTES

Nome: Alginato de cálcio ou sódio.



Mecanismo de ação: Polímeros de ácidos alginicos que em contato com a ferida absorvem o exsudado por capilaridade de forma contínua, formando um gel que mantém o leito da ferida húmido.

Paralelamente, também são conhecidas propriedades hemostáticas do alginato de cálcio.

Indicações: Feridas com exsudado moderado a abundante (em feridas pouco exsudativas provoca desidratação dos tecidos).

Desvantagens: Pode deixar resíduos na ferida e necessita de penso secundário.

Aspetos práticos: Podem ser cortados e para facilitar a remoção deve-se humeder com cloreto de sódio 0,9%.

Modo e ritmo de aplicação: 3 a 5 dias.

ABSORVENTES

Nome: Espumas (Hidropolímeros/ Hidrocelulares)



Mecanismo de ação: Espuma hidrófila de poliuretano/ polímero, constituída por três camadas: Externa, que permite trocas gasosas; Central, que contém o exsudado; Interna, que forma uma camada gelificada.

Absorve a água para o seu interior, mantendo os factores de crescimento e enzimas no leito da ferida. Nos hidropolímeros a capacidade de absorção centra-se no meio do penso, não podendo ser recortado, enquanto nos hidrocelulares esta capacidade é igual em toda a superfície do penso, podendo ser recortado.

Indicações: Feridas com exsudado moderado.

Desvantagens: Pode provocar desidratação dos tecidos quando utilizado em feridas não exsudativas.

Modo e ritmo de aplicação: Até 7 dias.

PROTEÇÃO DE TECIDOS

Nome: Gaze gorda



Mecanismo de ação: Constituídas por fibras impregnadas em parafina, glicerina ou vaselina, que reduzem a aderência dos apósitos secundários ao leito da ferida.

Indicações: Feridas com tecido de epiteliação, proteção dos tecidos neoformados, principalmente da aderência de apósito, minimizando a dor aquando da mudança de penso.

Desvantagens: Não mantém a humidade.

Modo e ritmo de aplicação: 1 a 2 dias.



BIBLIOGRAFIA

Elias, et al (2012). *Manual de material de pensos com ação terapêutica*. Ordem dos Farmacêuticos – Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar

Programa de Formação Contínua sobre Tratamento de Feridas – Convatec Wound Therapeutics



ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO CURSO DE TRIAGEM



Curso de Triagem de Manchester | 14 de Janeiro de 2021

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

Hospital da Luz Learning Health
Avenida Lusíada 100 Edifício C, Piso -1
1500-650 Lisboa



NOME

Joana Valente

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

13356419

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5fd728e56fa88

Evento

Curso de Triagem de Manchester | 14 de Janeiro de 2021

14-01-2021 09:00 → 14-01-2021 17:00 - Duração: 7 horas

Uma correta triagem de prioridades na urgência é essencial para otimizar o processo de atendimento do doente. O curso de Triagem de Manchester fornece as ferramentas necessárias para que os Médicos e Enfermeiros do Serviço de Urgência Adulto e Pediátrico estejam aptos para fazerem uma correta triagem de prioridades na Urgência.

**ANEXO II – CERTIFICADO WEBINAR #3 – ATELIER DE
CICATRIZAÇÃO: LIMPEZA DAS FERIDAS**



CERTIFICADO

Certifica-se que:

Joana Rita Abreu Valente

Assistiu ao **Webinar #03 - "Atelier da Cicatrização: Limpeza das Feridas"**, a terceira atividade do **Círculo de Feridas - APTferidas 2021**, da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APTferidas), que se realizou no dia **25 de Março de 2021**, com a duração total de **1,5 horas**.

Gondomar, 25 de Março de 2021

Por A Organização

