



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**
Relatório de Estágio

**Gestão da humidade da pele em pessoas idosas
hospitalizadas com incontinência: uma intervenção
de enfermagem especializada**

Skin moisture management in hospitalized aging patients with incontinence: a
specialized nursing intervention

Sónia Cristina Carriço Pereira

**Lisboa
2024**

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**
Relatório de Estágio

**Gestão da humidade da pele em pessoas idosas
hospitalizadas com incontinência: uma intervenção
de enfermagem especializada**

Skin moisture management in hospitalized aging patients with incontinence: a
specialized nursing intervention

Sónia Cristina Carriço Pereira

Orientadora: Professora Doutora Helga Rafael Henriques

Lisboa
2024

“Nós não precisamos de mágica para transformar nosso mundo. Já temos o poder que precisamos dentro de nós mesmos. Nós temos o poder de imaginar o melhor”

J.K. Rowling

Agradecimentos

À professora Doutora Helga Rafael Henriques, pela amabilidade e sabedoria, mas sobretudo pela dedicação e compreensão.

A todas as enfermeiras orientadoras pela disponibilidade e especialmente à enfermeira Raquel pela liberdade e por todos os momentos de aprendizagem.

A todos os docentes envolvidos no percurso académico, que contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional.

À minha família e ao meu namorado por toda a força e não me deixarem desistir.

À minha chefe, pela flexibilidade de horário e pelo apoio.

Aos meus colegas de curso.

Obrigada.

Siglas/Abreviaturas

AIT - Acidente Isquémico Transitório

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CCI - Charlson Comorbidity Index

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CF - Cuidado Fundamental

DAI - Dermatite associada à incontinência

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GLOBIAD - *The Ghent Global IAD Categorization Tool*

IF - Incontinência Fecal

IU - Incontinência Urinária

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

LCAH - Lesão cutânea associada à humidade

OE - Ordem dos Enfermeiros

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

UPP - Úlcera por Pressão

Resumo

A dermatite associada à incontinência é uma condição cutânea comum e debilitante que afeta principalmente pacientes idosos com incontinência urinária e/ou fecal. Essa condição irritante e inflamatória pode causar dor e desconforto, impactar significativamente a qualidade de vida e aumentar o risco de infecções secundárias e complicações.

Diversas pesquisas têm sido realizadas para compreender essa questão. No entanto, apesar do crescente conhecimento sobre a dermatite associada à incontinência, ainda existem lacunas significativas na gestão adequada do problema.

Com o propósito de refletir sobre o processo de aquisição de competências, este relatório, espelha as experiências vividas na componente prática, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica, que decorreu em dois contextos distintos: consulta externa hospitalar e serviços de internamento hospitalar. Foi desenhado um estudo observacional e implementado com a finalidade de estudar a DAI em pessoas com doença crónica complexa internadas em contexto hospitalar.

Sendo uma condição complexa, a dermatite associada à incontinência exige uma abordagem integrada e multidisciplinar para uma gestão eficaz. Apesar da literatura limitada, foram identificadas intervenções para a gestão da humidade da pele e replicá-las nos variados contextos.

Palavras-chave: Dermatite associada à incontinência; Dermatite de contacto; Idosos; Incontinência fecal; Incontinência urinária

Abstract

Incontinence-associated dermatitis is a common and debilitating skin condition that primarily affects elderly patients with urinary and/or fecal incontinence. This irritating and inflammatory condition can cause pain and discomfort, significantly impact quality of life, and increase the risk of secondary infections and complications.

Numerous studies have been conducted to better understand this issue. However, despite the growing body of knowledge on incontinence-associated dermatitis, significant gaps remain in the proper management of the condition.

With the aim of reflecting on the process of competency acquisition, this report highlights the experiences gained during the practical component of the Master's in Medical-Surgical Nursing in the Area of Chronic Conditions. This practical training took place in two distinct settings: outpatient hospital clinics and inpatient hospital wards. An observational study was designed and implemented to investigate incontinence-associated dermatitis in patients with complex chronic conditions hospitalized in a clinical setting.

As a complex condition, incontinence-associated dermatitis requires an integrated and multidisciplinary approach for effective management. Despite the limited literature, interventions aimed at managing skin moisture were identified, allowing for their replication in various care settings.

Keywords: Aged; Dermatitis, contact; Fecal Incontinence; Incontinence-associated dermatitis; Urinary Incontinence

Índice

Introdução	9
1. Enquadramento teórico	13
1.1. A pele da pessoa idosa	13
1.2. A incontinência como condição crónica.....	14
1.3. Dermatite associada à incontinência	16
1.4. Intervenção de enfermagem especializada na gestão da humidade da pele ...	18
2. Metodologia	22
3. Percurso no Desenvolvimento de Competências	24
3.1. Competências desenvolvidas em Serviços de Consulta Externa	24
3.1.1. Consulta Externa	24
3.1.2. Centro de Responsabilidade Integrada de Dermato-venerologia	32
3.2. Competências desenvolvidas em Serviços de Internamento.....	34
3.2.1. Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva	34
3.2.2. Serviço de Internamento de Cirurgia Vasculuar e Urologia.....	44
4. Conclusão	56
Referências Bibliográficas	58

Índice de Figuras

Figura 1 - Charlson Comorbidity Index.....	50
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Áreas de autoeficácia nas dimensões da Educação e Atitudes e Crenças.....	48
Tabela 2 - Áreas de autoeficácia nas dimensões da Prevenção, Gestão e Documentação	48
Tabela 3 - Áreas de autoeficácia nas dimensões dos Conhecimentos e Avaliação	49
Tabela 4 - Comparação de resultados entre resultados de questionário no estudo e resultados de questionário aplicado na sessão de formação.....	52
Tabela 5 - Comparação de resultados entre resultados de questionário no estudo e resultados de questionário aplicado na sessão de formação.....	52
Tabela 6 - Comparação de resultados entre resultados de questionário no estudo e resultados de questionário aplicado na sessão de formação.....	53

Introdução

A elaboração do presente documento, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 2.º ano, 1º Semestre, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica. Pretende-se com o mesmo, refletir, o processo de aquisição de competências, durante o percurso de incursão clínica que se desenvolveu nos 2.º e 3.º Semestres do Curso de Mestrado.

Com a realização deste projeto espero vir a desenvolver competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018) e comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crónica (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019).

Este processo de desenvolvimento de competências decorrerá alinhado com o modelo de Dreyfus adaptado por Patrícia Benner (2001).

Dado exercer funções num serviço de medicina interna e ser parte integrante do grupo de Monitorização de Feridas Complexas, a população a que presto cuidados são idosos com multimorbilidades, entre as quais destaca-se a incontinência de esfíncteres. A gestão de humidade da pele na população idosa apresenta vários desafios como: a idade (está associada à presença de doenças crónicas acumuladas), a imobilidade (existe mais probabilidade de quebras cutâneas), a cognição alterada (a pessoa não tem perceção da humidade, a alimentação deficitária, incontinência de esfíncteres crónica (humidade constante) e efluentes de estomas ou feridas (risco de maceração) (Campbell et al., 2015).

Tenho, também, a perceção que existe algum desconhecimento acerca da melhor forma de gerir a humidade e evitar complicações daí recorrentes, quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte das famílias.

Apresento, assim, o tema “Gestão da humidade da pele em pessoas idosas hospitalizadas com incontinência: uma intervenção de enfermagem especializada”.

Em 2021, o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 184,9 idosos por cada 100 jovens (180,6 em 2020) (INE, 2022).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020), em Portugal, “o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões” entre 2018-2080, e “o índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2050, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais” (INE, 2020).

Dito isto, é evidente que a faixa etária em maior número são as pessoas com 65 anos ou mais e a tendência é de ordem crescente. Perante estes factos, o Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas, recomenda prestar “atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, considerando-se como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação” (Direção Geral da Saúde (DGS), 2006, p.15-16). Também para elaboração do Inquérito Nacional de Saúde, foram selecionadas 15 doenças ou problemas de saúde crónicos, onde constava a incontinência urinária e 7,3% da população apresentavam-na (INE, 2014). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), considera, contudo, que “não existem, ainda, respostas suficientemente planeadas ou implementadas, tendo em vista as necessidades atuais e futuras, pois o aumento da longevidade não tem sido acompanhado do desejado aumento dos anos de vida saudáveis aos 65 anos” (OCDE, 2021).

À medida que os indivíduos envelhecem, a pele perde uma das suas grandes propriedades, a elasticidade, desta forma, existe perda de colágeno e perda de água transepidermal, tornando-se seca por diminuição da capacidade funcional das glândulas sudoríparas e sebáceas e ocorre, também, diminuição da espessura das várias camadas da pele (Johner & Neto, 2021; Rostkowska et al., 2023). A pele envelhecida torna-se mais vulnerável à quebra cutânea durante as atividades diárias (Kato et al., 2018).

As lesões tegumentares, entre as quais, úlceras por pressão, lesões por adesivos e dermatite associada à incontinência podem interferir no estado funcional e contribuir para o aumento da duração do internamento hospitalar e para a mortalidade prematura (Grden et al., 2019).

O problema da incontinência é reconhecido por aumentar com a idade, o que causa um risco acrescido de danos na pele relacionados com a humidade devido à perda

de espessura da epiderme. A humidade excessiva pode levar a danos por fricção, desencadeando a maceração da pele (Holroyd, 2021).

Se não forem tratadas, as lesões conduzem rapidamente à escoriação e à quebra cutânea, que pode posteriormente ser infetada pela flora cutânea (Beele et al., 2017).

A Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é uma dermatite irritante de contacto devido à permanência prolongada de contacto com urina ou fezes em resultado de incontinência (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2023). Segundo Beeckman, et al. (2015), a prevalência da DAI, a nível mundial, varia entre 5.6%–50%. Em Portugal foi realizado um estudo de estimativa de prevalência realizado num serviço de medicina e perfeitou um resultado de 10,95% (Silva, 2017).

A DAI é um problema comum que afeta muitos indivíduos em todas as áreas da saúde e é um desafio para os profissionais de saúde identificar com exatidão e tratar eficazmente tratar (Holroyd, 2021).

A gestão da humidade é um problema ao qual a disciplina de Enfermagem consegue dar resposta. Alison Kitson (2018), evidencia o Cuidado Fundamental (CF), como um cuidado centrado na pessoa, para estabelecer uma relação de parceria entre enfermeiro-cliente. A teoria centra-se em três vertentes para satisfazer as necessidades das pessoas, entre as quais, a integração do CF, onde são englobadas a segurança, a limpeza, a hidratação e a higiene (Feo et al., 2021), elementos cruciais para a gestão da humidade na pele para prevenção de DAI. De acordo com Christine Tanner (2006), o julgamento clínico é visto como uma competência essencial para todos os profissionais de saúde e como uma atividade de resolução de problemas, mas não sem antes, avaliar, estabelecer um diagnóstico de enfermagem, planejar, implementar intervenções e avaliar eficácia das mesmas.

Apesar do crescente corpo de conhecimentos sobre a DAI, ainda existem lacunas significativas na compreensão do problema, nomeadamente a observação, a diferenciação e gestão adequada (Beeckman, 2017). Em Portugal, do que é do atual conhecimento, este é, igualmente, um assunto pouco explorado e investigado, pelo que, a escassez de evidência sobre a temática leva-nos a concluir que é imperativo a realização de estudos e suas publicações (Correia, 2023, p.54).

A estrutura deste relatório de estágio será composta pela presente introdução, seguidamente será realizado o enquadramento teórico da problemática, posteriormente será apresentada a metodologia de projeto, bem como a análise do percurso desenvolvido no decorrer da incursão clínica. Findo com as considerações finais e a explanação das referências bibliográficas.

Este documento foi executado de acordo com o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Godinho, 2023), segundo o novo acordo ortográfico e a norma APA (7ª edição).

1. Enquadramento teórico

1.1. A pele da pessoa idosa

O envelhecimento da pele é um processo biológico complexo influenciado por uma combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos. A pele envelhecida apresenta rugas, tonalidade irregular, perda de elasticidade e adelgaçamento. A saúde da pele é considerada um dos principais fatores que representam o bem-estar geral e a percepção de saúde nos humanos (Zouboulis et al., 2019). A pele torna-se mais frágil, o que aumenta a suscetibilidade dos idosos a lesões cutâneas, como: lesões por pressão, lacerações cutâneas e DAI (Calzavara-Pinton, 2013).

Fatores externos à epiderme, tais como exposição à luz ultravioleta, estilo de vida prejudicial (por exemplo, fumar e consumo de álcool), doenças crónicas, poluição, alterações hormonais relacionadas com o envelhecimento e a luz solar (radiações UVA e UVB), têm impacto na funcionalidade da pele (Kato et al., 2018). Imunosenescência, o declínio das funções do sistema imunitário relacionado com a idade, tem impacto na resposta inflamatória dentro da epiderme, incluindo uma redução no número e função das células Langerhans (Kato et al., 2018).

A fragilidade da pele e a dermatoporose são conceitos emergentes, que provavelmente se tornarão importantes por serem já um problema de saúde pública. (Alves et al., 2021). Frequentemente, as pessoas idosas apresentam a pele fina e contusões, aparentemente não provocadas, que preveem resultados adversos potencialmente criadores de sofrimento, atraso na cicatrização, má qualidade de vida e internamentos (Alves et al., 2021).

A fragilidade da pele ocorre quando integridade estrutural da pele da pele está comprometida e a sua resistência a forças de cisalhamento externas (Bruckner-Tuderman, 2020). O termo Dermatoporose foi criado para captar, numa abordagem holística, todos os aspetos da insuficiência cutânea crónica e da fragilidade da pele, com o intuito de desenvolver estratégias preventivas ou terapêuticas (Kaya & Saurat, 2007).

Existem quatro estádios de Dermatoporose. O Estádio I é caracterizado por extrema atrofia da pele, púrpura senil e pseudocicatrices. O Estádio II apresenta

lacerações cutâneas localizadas, no Estadio III essas lacerações são mais numerosas e maiores, e no Estadio IV são formados hematomas dissecantes (Kaya & Saurat, 2007).

A prevenção da Dermatoporose, auxilia-se da educação para a saúde à pessoa e familiares/cuidadores, e incide em: corrigir a exposição aos fatores de risco do envelhecimento da pele (radiação ultravioleta, tabagismo, poluição e corticosteroides tópicos e sistêmicos), aplicação tópica de proteção solar de largo espectro e aplicação de emolientes diariamente na pele (Kaya & Saurat, 2007).

Para o tratamento desta condição podem ser aliados: os ácidos gordos hiperoxigenados (restaurar a barreira lipídica da pele), a hidratação da pele (evitando a xerose e a descamação da pele) e a aplicação tópica de retinóides, vitamina C e E (estimulam a renovação celular) (Palomar-Llatas et al., 2019; Wollina et al., 2019)

Os profissionais de saúde devem conhecer os sintomas e sinais desta condição, bem como os fatores de risco envolvidos, uma vez que o diagnóstico e o tratamento são fatores de prognóstico importantes (Domínguez et al, 2016). É importante, o enfermeiro trabalhar com a pessoa, os cuidadores e os membros da família de forma a reduzir os riscos e otimizar a recuperação (Kitson, 2018).

1.2. A incontinência como condição crónica

A incontinência urinária (IU) designa-se pela perda involuntária de urina (D'Ancona et al., 2019). Já a incontinência fecal (IF) descreve-se pela perda involuntária de fezes (D'Ancona et al., 2019).

Vários estudos sugerem que a relação entre a IU e a fragilidade não é unidirecional. A IU que prevalece em pessoas com mais de 65 anos tem sido associada a um risco duas vezes maior de incapacidade nas atividades pessoais da vida diária, nas atividades instrumentais da vida diária, análises e exames físicos. As alterações no trato urinário inferior, relacionadas com a idade, podem funcionar como fatores de risco para o desenvolvimento, continuação ou agravamento da IU em idosos frágeis. (Gibson et al., 2020).

A IF é a passagem não intencional de fezes sólidas ou líquidas. A IF pode ser uma doença desafiadora e estigmatizante para as pessoas idosas gerir sozinhas. As

complicações mais preocupantes nos idosos são as lesões cutâneas e as úlceras de pressão. A IF pode criar excesso de humidade na pele e aumenta a permeabilidade dos irritantes, incluindo as enzimas entéricas (Pasricha & Staller, 2021).

A incontinência pode interferir no trabalho, nas atividades da vida diária, no sono, na atividade sexual, nas interações sociais, nas relações interpessoais e na percepção geral da saúde e da qualidade de vida. Identificar o sintoma mais prevalente ajudará a orientar a gestão desta condição (Khandelwal & Kistler, 2013).

Ao cuidar de pessoas com esta condição é importante colocar o cliente no centro dos cuidados, aplicar durante o processo de cuidados conhecimento adquiridos na prática, incluir todos os intervenientes no processo de saúde e realizar registo nos sistemas de informação adequados e disponíveis (Wagner, 1998).

Os profissionais de saúde devem reconhecer o apoio dos familiares das pessoas com incontinência e incluí-los ativamente em todos os processos de cuidados. Os mesmos devem, ainda, oferecer conselhos práticos para gerir a incontinência, bem como sugestões sobre como lidar com as consequências emocionais, físicas e financeiras da prestação de cuidados à incontinência e instituir programas educativos que abordem a gestão de incontinência em idosos (Talley et al., 2021).

A incontinência tem impacto na vida da pessoa que sofre esta condição a nível social (isolamento), financeiro (aquisição de dispositivos de retenção), psicológicos (tristeza e menos autocuidado) e físicos (reduzida prática de exercício físico) (Esparza et al, 2018).

A interação e associação do sistema de saúde à comunidade com foco na promoção da saúde das pessoas, torna-se uma ferramenta importante para auxiliar as pessoas com incontinência urinária e fecal crónica a gerir os efeitos indesejáveis destas condições (Barr, 2003). Para que as pessoas com incontinência vejam as suas necessidades físicas (higiene) e psicológicas (informação e envolvidas no processo de cuidados) atendidas (Kitson, 2018).

1.3. Dermatite associada à incontinência

A DAI é uma das quatro categorias da lesão cutânea associada à humidade (LCAH), sendo as restantes: dermatite peri-estomal, intertrigo, dermatite peri-lesional/maceração peri-lesional. A DAI pode ser observada em pessoas com incontinência urinária ou fecal. A DAI e a LCAH em geral são causadas pela exposição prolongada à humidade e apresentam-se como uma inflamação da superfície da pele, caracterizada por rubor e, em casos mais extremos, edema e formação de flitenas (Beele, 2017).

Foram identificados os fatores de risco da DAI, mais particularmente, incontinência (urinária e/ou fecal), episódios recorrentes de incontinência esporádica, uso de produtos de contenção oclusivos, pobre condição da pele, redução de mobilidade, diminuição da capacidade cognitiva, impossibilidade de manter a higiene pessoal, dor, aumento da temperatura corporal, medicamentos (antibióticos ou corticoides), pobre índice nutricional e doença crítica (Voegeli, 2018).

É importante efetuar o diagnóstico das lesões por DAI que se centram na causa, localização e aspeto da lesão cutânea. As lesões por DAI são causadas pela exposição prolongada à humidade e podem localizar-se na região perineal, perianal, intranadegueira e escrotal. Encontram-se frequentemente disseminadas e a pele tem normalmente um aspeto brilhante, devido à presença de humidade. Os bordos têm aspeto generalizado e difuso (Beeckman, 2017; Beele et al., 2017; Voegeli, 2018).

Para categorizar a DAI, foi recentemente desenvolvida e internacionalmente validada, a ferramenta *Ghent Global IAD Categorisation Tool* (GLOBIAD) (Anexo I), por um painel de 22 especialistas internacionais e 823 clínicos de 30 países (Beeckman et al., 2017). A ferramenta GLOBIAD não tem em consideração a categoria 0 e faz distinção adicional ao acrescentar o aspeto dos sinais clínicos de infeção. A categoria 1A é a eritema persistente sem sinais clínicos de infeção, enquanto a categoria 1B é a eritema persistente com sinais de infeção. A categoria 2A indica perda de pele sem sinais clínicos de infeção, enquanto a categoria 2B é utilizada para descrever a perda de pele com sinais clínicos de infeção (Voegeli, 2018).

Para prevenir lesões por DAI é necessário ter em consideração os seguintes aspetos: manter as áreas limpas e secas; utilizar compressas de algodão para a higiene

da região afetada; evitar a fricção; higienização com água morna; utilizar sabão; aplicar protetor cutâneo em spray; efetuar a mudança do dispositivo de retenção sempre necessário; e alerta para outros extravasamentos de fluidos (Salomé et al., 2020).

A gestão da DAI alinha-se com os princípios da prevenção, no entanto, engloba também, posicionamento dos clientes, promoção de uma alimentação saudável e educação a saúde, atendendo às necessidades físicas (conforto e segurança) e psicossociais da pessoa (respeito e estar envolvida no processo de cuidados) (Kitson, 2018).

No posicionamento da pessoa com DAI, o objetivo é a prevenção e tratamento das DAI (diminuir a área de irritação e promover o fluxo de ar). Devem ser privilegiados os decúbitos laterais direitos e esquerdos, evitando o decúbito dorsal. Estas posições podem ser usadas para diminuir a área de contacto da pele com a urina e/ou as fezes, que são as principais causas de irritação química que induzem a ocorrência e a progressão da DAI (Banharak et al., 2021).

A recuperação dos tecidos é mais rápida quando apoiada por fontes ricas em nutrientes, especialmente proteínas. A importância da ingestão de proteínas apoia a prevenção da DAI, mas, também, é igualmente importante para ajudar no tratamento de pessoa com DAI, resultando numa cicatrização mais rápida das lesões (Banharak et al., 2021).

Não existindo produtos ou técnicas de eleição para o tratamento da DAI, foram definidas características para um produto ideal para combater esta condição, deve ser: comprovado clinicamente para prevenir e/ou tratar a DAI; próximo do pH da pele (4,7 e 5,75); hipoalergénico ou de baixo potencial irritante; transparente ou pode ser facilmente removido para inspeção da pele; compatível com a absorção ou a função dos dispositivos de retenção e com outros produtos utilizados; e minimizar o número de produtos e recursos necessários para complementar o regime de cuidados da pele (Beekman et al., 2015).

1.4. Intervenção de enfermagem especializada na gestão da humidade da pele

A DAI é uma condição multifatorial e deve ser encarada como tal (Yates, 2018). A principal causa é a humidade causada pela incontinência, pelo que é imperativo prevenir a incontinência ou ter um bom plano de gestão quando uma pessoa é incontinente (Yates, 2018). Deve ser efetuada uma avaliação completa do risco para as pessoas suscetíveis, esta verificação deve incluir avaliação da continência, usar ferramentas de avaliação da pele, produtos adequados de gestão da continência (absorventes), um regime estruturado de cuidados da pele (inspeção recorrente da pele) e utilização de produtos de barreira (Yates, 2018).

Em 2015, Beeckman et al, sugeriram uma série de recomendações para gerir a DAI nomeadamente avaliar e tratar causas reversíveis da incontinência, otimizar a nutrição, a gestão dos fluidos, técnicas de higiene e implementar um plano de prevenção de Úlcera por Pressão (UPP). Desenvolveram, também, uma mnemónica que incide em “Limpar, Proteger e Restaurar”. Limpar, para remover elementos irritativos da pele (urina e fezes). Proteger, colocando uma barreira na pele para evitar o contacto direto com a urina e/ou as fezes. Restaurar (quando apropriado), reabastecendo a barreira lipídica utilizando um produto tópico adequado para o cuidado da pele (Beeckman et al, 2015).

A perturbação destes mecanismos cuidadosamente equilibrados pode levar a uma secura excessiva da pele (xerose) ou a um excesso de água (que pode predispor a pele para a LCAH), ambos podem causar a falha da barreira cutânea (Voegeli & Hillery, 2021). Proporcionar hidratação é mais complexo do que parece, especialmente quando o excesso de humidade de vários fluidos corporais é a causa subjacente do problema. Pensa-se que os hidratantes apenas diminuem a perda de água transepidérmica, mas também devem funcionar para restaurar a barreira lipídica e apoiar a capacidade do estrato córneo para reter e redistribuir a água (Corcoran et al., 2017).

O tratamento de primeira linha da DAI deve envolver uma revisão das técnicas de higiene da pessoa. As necessidades devem ser satisfeitas, em primeiro lugar, através de abordagens não invasivas. Os tipos de pensos para incontinência devem ser selecionados com base nas necessidades identificadas dos clientes. Embora os cateteres urinários ou

fecais tenham a vantagem de permitir que o corpo recupere de uma sobrecarga de humidade, devem ser utilizados com precaução devido ao risco de infeção associado (Voegeli, 2017; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2019).

Foram identificadas intervenções em três grandes dimensões que se ramificam em subcategorias: apreciação da DAI (inspeção da pele, avaliação da DAI e avaliação de fatores de risco para desenvolvimento da DAI), cuidados de manutenção da integridade cutânea (higiene da pele, hidratação da pele, sistemas de retenção e proteção da pele com produto barreira) e gestão da DAI (tratamento de acordo com categoria da DAI).

De modo a executar apreciação da DAI, a pele deve ser avaliada pelo menos de quatro em quatro horas e para facilitar esta avaliação, aquando da aplicação de creme ou pastas deve-se optar por aqueles cuja coloração transparente (Strehlow et al., 2018). É de extrema importância a avaliação precoce da pele, através da anamnese e exame físico e verificar comorbilidades que possam influenciar o aparecimento de DAI (Strehlow et al., 2018; Grden et al., 2020).

Para realizar uma avaliação adequada da DAI, os estudos recomendam a utilização de dois instrumentos de avaliação/categorização: Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) e Erythema Index (Strehlow et al., 2018; Hodl et al., 2019; Grden et al., 2020). O instrumento GLOBIAD caracteriza o aspeto da pele e sugere a categorização das lesões por DAI, ao que, o Erythema Index, identifica, apenas, quantifica o nível de vermelhidão da pele, ou seja, a existência de maceração cutânea (Ichikawa-Shigeta et al., 2014; Hodl et al., 2019).

Os estudos salientam seis fatores de risco para desenvolvimento da DAI: a fragilidade crónica da pele (dermatoporose), a incontinência urinária e/ou intestinal permanente, diarreia, imobilidade (em internamentos nos serviços de cuidados intensivos e de medicina interna), uso de antibióticos e ingestão de alimentação entérica (estes dois últimos devido ao facto de alterarem a flora intestinal) (Strehlow et al., 2018; Hodl et al., 2019; Grden et al., 2020).

No âmbito dos cuidados de manutenção da integridade cutânea as recomendações dos estudos baseiam-se na limpeza gentil da pele, de preferência com água e sabão de ph neutro, deve ser realizada após episódios de incontinência urinária

e/ou intestinal, a zona perianal deve ser seca eficazmente após a higiene da pele (Strehlow et al., 2018; Grden et al., 2020). A hidratação da pele pode ser executada de modo preventivo ao desenvolvimento da DAI, com creme ou pastas à base de água e evitar produtos à base de óleo, de modo a ser mais fácil a remoção dos mesmos (Sugama et al., 2012; Ichikawa-Shigeta et al., 2014; Kerr et al., 2014; Kon et al., 2017; Strehlow et al., 2018).

Aquando da utilização dos sistemas de retenção, estes devem ter uma boa capacidade de absorção e a troca dos mesmo deve ser realizada, no mínimo, de três em três horas ou após episódio de incontinência (Sugama et al., 2012; Ichikawa-Shigeta et al., 2014; Strehlow et al., 2018; Kon et al., 2017). De acordo com um estudo a estrutura dos sistemas de retenção devem absorver a urina na zona frontal, de modo a minimizar a exposição das nádegas à urina, impedindo simultaneamente que a urina absorvida volte à superfície do penso (Sugama et al., 2012).

A utilização de um produto barreira é essencial podendo ser utilizado sob forma de spray protetor líquido (filme termopolimero de acrilato), e devem ser produtos resistentes à água (Ichikawa-Shigeta et al., 2014; Kerr et al., 2014; Kon et al., 2017; Strehlow et al., 2018). São recomendados, também, os produtos barreira à base de dimeticone por não serem oclusivos e permitirem visualização da região anatômica afetada pela DAI (Kerr et al., 2014).

No que respeita à gestão da DAI, o instrumento eleito foi, GLOBIAD, adequando o tratamento de acordo com a categoria da DAI. Este divide-se em duas categorias: Categoria 1 - Eritema persistente (com ou sem infeção) e Categoria 2 – Perda de integridade (com ou sem infeção). Na abordagem da DAI de Categoria 1 incide na prevenção e aplicação de creme barreira e protetor cutâneo em spray. Já na Categoria 2 incide na prevenção e na aplicação de protetor cutâneo em spray (sendo a diferença na abordagem à lesão de DAI com perda de integridade a não aplicação de creme ou pastas) (Strehlow et al., 2018).

A centralidade da relação enfermeiro-cliente e a forma como esta se baseia em qualidades e atributos morais, como a fiabilidade, a compaixão, a integridade e a competência (Kitson, 2018) é determinante para prestar cuidados à pessoa com DAI como um todo.

A gestão da humidade na DAI é transversal a qualquer tipo de contexto, seja ele, hospitalar, em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ou no domicílio pelo que é necessário transmitir à pessoa em situação crónica e família/cuidador a informação essencial para que os mesmos a possam realizar (Corcoran et al, 2017).

A transição do hospital para os cuidados domiciliários é um momento crucial em que os prestadores de cuidados devem estar bem informados e equipados para gerir eficazmente a DAI. Os cuidados integrados, a coordenação entre os prestadores de cuidados de saúde, as pessoas e os prestadores de cuidados e os programas educativos estruturados são fundamentais para melhorar os resultados das pessoas com necessidades de cuidados de saúde complexas (McNichol et al., 2018; Banharak et al., 2021).

O alinhamento destas considerações com o processo de cuidados de enfermagem sublinha a importância de uma abordagem sistemática à gestão da DAI. Desde a avaliação e o diagnóstico iniciais até ao planeamento, implementação e avaliação das intervenções, o processo de cuidados de enfermagem proporciona um enquadramento estruturado para a prestação de cuidados especializados e individualizados (Bakerjian, 2022).

2. Metodologia

Para a execução do Projeto de Estágio e para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, foi utilizada a metodologia de projeto de Ruivo et al. (2010). De acordo com esta metodologia, o “objetivo principal, centra-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais para elaboração e concretização de projetos numa situação real (...), tornando-se uma ponte entre a teoria e a prática” (Ruivo et al., 2010, p.3). A metodologia de projeto está dividida em quatro partes distintas: o diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento de atividades, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010, p.2).

Em paralelo, pretende-se alinhar as diferentes fases do relatório com o modelo de translação do conhecimento de Graham et al. (2006). A transferência de conhecimentos é utilizada para designar o processo de utilização dos conhecimentos pelas partes interessadas (Graham et al., 2006). Está descrito em várias fases: (1) identificar um problema que precisa de ser resolvido e identificar, rever e selecionar os conhecimentos ou investigação relevantes para o problema (por exemplo orientações práticas ou resultados de investigação); (2) adaptar os conhecimentos identificados ou investigação identificados ao contexto local; (3) avaliar os obstáculos à utilização dos conhecimentos; (4) selecionar, adaptar e implementar intervenções para promover a utilização dos conhecimentos; (5) monitorizar a utilização dos conhecimentos; (6) avaliar os resultados da utilização dos conhecimentos; (7) sustentar a utilização contínua dos conhecimentos (Graham et al., 2006). Bjørk et al. (2013) desenvolveram o Modelo de Desempenho de Competências Práticas, que se baseia no modelo de translação do conhecimento de Graham et al. (2006). Tem o intuito de afirmar as competências práticas de enfermagem como ações complexas, não apenas, ações centradas em capacidades motoras ou psicomotoras. Estes modelos complementares, foram essenciais para dar resposta ao objetivo deste documento, salientando que, as duas primeiras fases deste processo de translação de conhecimento, foram, essencialmente, desenvolvidas no último contexto de prática clínica.

Os estágios repartiram-se por dois contextos clínicos distintos. Estes, foram, criteriosamente, selecionados, tendo em conta, a temática em estudo. Foram elaborados

projetos para cada um dos contextos, que, visualmente, elucidam os objetivos específicos, bem como as atividades para os desenvolver, atingindo, respetivamente, um indicador de resultado. Cada incursão clínica repartiu-se por quatro áreas de desenvolvimento de competências (prestação de cuidados, investigação, gestão e formação), de modo, a traçar uma linha de pensamento mais nítida, para cumprir as atividades propostas a desenvolver e alcançar os resultados esperados. Foi realizada esta divisão, alicerçada, no Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e os seus quatro domínios e no Regulamento de Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Com a recolha de informação existente, realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), com o propósito de compreender o que já fora analisado, investigado, e para determinar as lacunas na literatura, definindo, assim, o objetivo da RIL: identificar as intervenções de gestão da DAI em pessoas idosas. Fora, então, identificado o problema, atingindo a primeira fase na translação do conhecimento. O protocolo de revisão foi registado na plataforma PROSPERO (Apêndice I), com o número de registo CRD42023466370.

Foi, igualmente importante, para a execução deste relatório os períodos de reflexão individual. Alguns destes momentos foram relatados em documento escrito segundo modelo reflexivo Schon & DeSanctis (1986). A utilização de um modelo reflexivo permitiu identificar outras situações no decurso de estágio que mereceram destaque neste documento.

Ao longo do estágio decorreram sessões de Orientação Tutorial, que contribuíram para o desenvolvimento pessoal e académico. Nestas sessões foram apresentados os projetos que decorriam no momento e, por conseguinte, expostos às críticas construtivas dos pares e docentes. As discussões no fim de cada exposição trouxeram contributos para ajustar intervenção e conselhos para projetos futuros.

A participação em programas de formação avançada e de disseminação de conhecimento vieram favorecer o processo de aprendizagem, auxiliar no processo de tomada de decisão e apoiar o desenvolvimento pessoal.

3. Percurso no Desenvolvimento de Competências

Este capítulo, será para analisar e refletir o meu percurso no desenvolvimento de competências, com base nas experiências da prática clínica e o modo como foram ultrapassadas situações inesperadas. O meu trajeto clínico foi dividido em três contextos distintos, foram eleitos pela sua diversidade e pertinência: Consulta Externa, Serviço de Internamento Cirurgia Plástica e Reconstructiva, com uma semana de incursão no Centro de Responsabilidade Integrada de Dermato-venerologia e Serviço de Internamento de Cirurgia Vasculuar e Urologia.

O período clínico teve início a 15 de maio de 2023 e findou a 9 de fevereiro de 2024, que perpez o total de 780 horas de estágio.

Nos próximos três subcapítulos será realizada uma breve descrição dos contextos, apresentação dos objetivos e reflexão das competências adquiridas.

3.1. Competências desenvolvidas em Serviços de Consulta Externa

Importa salientar que neste percurso existiram dois contextos clínicos: a Consulta Externa e o Centro de Responsabilidade Integrada de Dermato-venerologia.

3.1.1. Consulta Externa

Localizada num Hospital Central na região de Lisboa. A consulta externa é uma “unidade orgânico-funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares” (INE, 2018). O estágio teve duração de cerca de oito semanas e meia, no período de 15 de maio de 2023 a 14 de julho de 2023.

Consultados documentos internos, este serviço tem como missão “prestar cuidados de saúde de excelência atendendo à singularidade da pessoa humana e da unidade familiar, procurando a total satisfação das necessidades de saúde dos utentes, famílias/cuidadores que recorrem ao serviço, assegurando a continuidade dos cuidados”. O serviço reparte-se por 16 valências, no entanto, devido à minha área de estudo, a concretização das horas de contacto incidiram maioritariamente na Sala de Tratamentos

onde eram realizados os atendimentos de Enfermagem de Cirurgia Torácica, Cirurgia Vasculuar e Medicina.

O estágio teve como objetivo principal desenvolver as competências de enfermeiro especialista e mestre no âmbito da integridade cutânea na pessoa em situação crónica. Foram, também, delineados objetivos específicos:

- Conhecer a estrutura organizacional (missão, finalidade e área de abrangência);
- Prestar de cuidados de enfermagem avançada à pessoa com perda (ou risco de perda) de integridade cutânea com especial enfoque na pessoa idosa com úlcera venosa;
- Desenvolver competências na área de investigação na área da pessoa com perda (ou risco de perda) de integridade cutânea.
- Fortalecer as aprendizagens profissionais no âmbito da pessoa com perda (ou risco de perda) de integridade cutânea;
- Desenvolver competências na área da gestão de cuidados da pessoa com perda (ou risco de perda) de integridade cutânea;
- Refletir sobre o autoconhecimento e percurso de aprendizagem.

Os objetivos propostos e o planeamento das respetivas atividades encontram-se descritos no Apêndice II.

Como primeiro contexto de estágio, senti-me ansiosa, por voltar a ser “aluna” outra vez. Tinha o pensamento de que seria difícil distanciar os momentos clínicos da licenciatura com os momentos clínicos desta formação avançada.

A integração, segundo Whitemore (2005), é um processo com duas dimensões: interna (cognitivo e emocional) e externa (tendo em conta a experiência no contexto).

No que diz respeito à dimensão interna, para me integrar na equipa multidisciplinar realizei pesquisa: sobre missão e abrangência do serviço e sobre patologias/necessidades das pessoas para começar a delinear o plano de cuidados, de modo a individualizar os cuidados prestados, no desenrolar deste processo foi dado a conhecer o tema do projeto, de interesse pessoal, à equipa de enfermagem para apresentar objetivos a cumprir.

No que diz respeito à dimensão externa, o processo de integração ficou facilitado pela receção, o interesse, a disponibilidade da orientadora clínica e da equipa. Identifiquei-me com a cultura do serviço (entrepajuda entre pares), o que permitiu uma melhor adaptação. O sistema informático, por ser totalmente distinto daquele em que estou habituada, foi um constrangimento, mas com as orientações da orientadora clínica, consegui ultrapassar, na primeira semana.

Durante o processo de integração senti-me acolhida e os fatores que contribuíram para isso foram: a conexão com equipa multidisciplinar (mostraram-se agradados com a minha presença) e encontrar-me a explorar um tema que que era do meu interesse. Otimizando, assim, **a articulação com a equipa**, o que, colaborou para a segurança na gestão, planeamento dos cuidados e para a tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A população mais assídua na Sala de Tratamento e a quem prestei cuidados diretos foram, na sua maioria, pessoas com feridas complexas (mais precisamente úlceras de etiologia venosa). Estas, constituem um grande desafio para os profissionais de saúde e grande quantidade de recursos, devido às diversas comorbilidades da pessoa e aos fatores que podem contribuir para a cronicidade da ferida (Frykberg & Banks, 2015).

No decorrer da realização de uma avaliação inicial sistemática e rigorosa dos diferentes clientes foi possível verificar que, na sua maioria, eram idosos, apresentavam mais de que uma doença crónica (Diabetes Mellitus tipo 1 e 2 e Hipertensão Arterial) e viviam com a ferida complexa há, pelo menos, 2 anos, mas também, em alguns casos, esta vivência perdurava há cerca de 30 anos.

Perante estes dados, constatei que esta população apresentava, na sua maioria, obstáculos no que respeita à vivência desta condição crónica. Entre os quais se destacavam: o desconhecimento dos fatores de risco, o isolamento social e autoimagem negativa (de Souza Leal et al., 2017). Igualmente, neste campo, a gestão da humidade mostrou ser um desafio, devido, a tratar-se de feridas habitualmente muitas exsudativas.

Pelo que, antes de qualquer abordagem à ferida, questionava a pessoa sobre a sua perceção das limitações que a ferida complexa acrescia no seu dia-a-dia.

Relativamente ao conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras venosas nos membros inferiores abordaram-se temas como: a sedentarismo, o tabagismo, a vigilância e controlo da tensão arterial e dos níveis de glicemia. Neste sentido, foi realizada educação para a saúde, incidindo: no exercício físico (caminhadas 15 a 20 minutos), na posição correta de elevação dos membros inferiores (acima do nível do coração), na cessação tabágica (encaminhamento para consulta) e na alimentação equilibrada (redução do consumo de sal e ingestão de proteínas) (Banharak et al., 2021).

A identificação e caracterização dos fatores de risco em pessoas com úlcera venosa e o estabelecimento de associações entre eles gera informação relevante para o desenvolvimento de diretrizes para monitorização e o cuidado da pessoa com úlcera venosa (de Almeida Medeiros et al., 2014).

Para combater situações de isolamento social foram abordados e negociados com a pessoa tópicos como: convidar familiares/amigos para as caminhadas, se o exsudado e/ou odor decorrente da ferida era motivo de afastamento social (caso resposta afirmativa negociar com cliente frequência e adequação do tratamento à ferida).

A humidade pode induzir danos significativos na peri-lesão, o que irá interferir na função normal da pele como barreira. A proteção da pele contra os danos provocados pela humidade é uma componente importante do tratamento global da pele e das feridas (Woo et al, 2017).

De forma a gerir a humidade, foram utilizados nos cuidados à pessoa com úlcera venosa, produtos como spray barreira e apósitos de cianoacrilato na peri-lesão e ferida, para criar uma camada protetora que mantivesse simultaneamente os níveis de hidratação e bloqueia-se as fontes externas de humidade (Woo et al, 2017).

Na avaliação inicial, a pessoa era questionada sobre se ser portadora de ferida complexa afetou a forma como se via a si própria, com o intuito de manter a pessoa segura e confortável foram atendidas, assim, as necessidades psicossociais da pessoa com ferida complexa (Kitson, 2018). Em muitos relatos a resposta foi afirmativa, e como tal, incentivava ao autocuidado (nos casos em que a pessoa se sentia com capacidade física e mental para o fazer) e ao envolvimento da família neste processo. Dado que, o

autocuidado é um processo ativo de tomada de decisões que permite às pessoas envolverem-se efetivamente nos seus cuidados (Martínez et al., 2021).

A relação de parceria entre enfermeira-cliente foi iniciada com comunicação eficaz, tornando-se um pré-requisito para a construção de uma relação genuína e significativa entre os clientes e enfermeira (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Foi criado um **ambiente terapêutico e seguro**, garantindo a efetividade terapêutica e respeitando as necessidades do cliente e fomentada a educação à saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Dito isto, e, vislumbrando a prestação de cuidados, o diagnóstico enfermagem de Úlcera Venosa Presente foi identificado, elaborou-se um plano de cuidados individualizado, centrado na pessoa e nas suas distintas dimensões e necessidades. Com esse efeito foram utilizados como fio condutor a teoria de médio alcance *Person Centred Nursing Framework* de McCormack & McCance (2006) e a teoria de enfermagem de Alison Kitson (2018).

Refletindo, o processo de cuidados centrado na pessoa englobou a preocupação com as crenças e valores da pessoa (questionando sobre religião e perceção de características individuais e literacia da pessoa), o empenhamento no processo (com boas práticas), a partilha de decisões com cliente (negociação com pessoa com enfoque na adesão ao tratamento por parte do mesmo), ser empática (respeitar direitos humanos) e providenciar cuidados de enfermagem de forma holística (individualização e perceção da pessoa como um todo) (McCormack, 2019).

Independentemente da religião e das crenças pessoais e espirituais de cada um dos clientes (como por exemplo: rezas e cicatrizações anteriores), estas, demonstraram ser uma fonte de conforto, bem-estar, segurança e força, incentivando ao desejo de melhoria e cura (de Souza Leal et al., 2017).

Durante a prestação de cuidados foram questionados os clientes a quem prestei cuidados sobre os seus conhecimentos sobre as dimensões física, psicológica e social que englobam os cuidados à pessoa com úlcera venosa. Avaliando, assim, a capacidade de cada um de usar as competências de aceder, compreender e avaliar a informação em saúde, e como as aplicam no seu quotidiano (Loureiro, 2015; Kitson, 2018).

Durante este percurso clínica, deparei-me com algumas pessoas que não tinham interesse/preocupação com o seu estado de saúde nem a sua integridade cutânea.

Esta foi uma inquietação para mim, e pensava: como reagir a uma situação adversa ou não linear? Julgo que este pensamento além de, gerar frenesim, por apresentar dúvidas e medos, gerou também um modo diferente de encarar as novas situações.

Como foi combatido? Colocando-me ao mesmo nível da pessoa, demonstrando no discurso: empatia, calma e abordando a pessoa pelo nome, compreendendo as suas necessidades e receios, que incidiam no desconhecimento da condição e carência de apoio familiar/social (Kitson, 2018), e dado que, detinha conhecimentos diferentes da pessoa cuidada, penso ter sido ultrapassada esta situação díspar.

Face a esta situação, foi, determinante, **saber aplicar os conhecimentos e ter capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas**, para dar resposta às necessidades do cliente e ter a agilidade para adaptar esta visão a cada cliente a que presto e prestarei cuidados.

As boas práticas, mencionadas anteriormente, focaram-se na técnica correta de higiene das mãos, no uso adequado de equipamento de proteção individual (luvas limpas, luvas esterilizadas e avental) e no controlo ambiental (separação correta de lixos hospitalares e supervisionar desinfeção de superfícies entre clientes) (Pina et al., 2010). Atuando na **gestão do risco, mais precisamente, na manutenção de medidas preventivas e controlo de infeção**, de modo a garantir cuidados de enfermagem eficazes (Regulamento n.º 140/2019, 2019), cooperando na organização do trabalho e nas medidas de prevenção e controlo da infeção.

O cuidado à pessoa com úlcera venosa, implica, muitas vezes, o recurso à terapia compressiva. Por ser uma terapia competente, melhorando a cicatrização e redução da sua recorrência tornou-se na escolha primordial para o tratamento desta condição. Importando ressaltar que, para a aplicação desta terapia deve ser avaliado o Índice Pressão Tornozelo Braço (IPTB) sendo este que determina o uso ou não da terapia compressiva (Alavi & Maibach, 2020).

Para o sucesso da terapia compressiva é imprescindível a colaboração de ambas as partes, sendo estas, o cliente e a equipa multidisciplinar, fazendo-se acompanhar por

um processo de tomada de decisão partilhada. No entanto, embora seja a primeira linha de tratamento, por vezes, a sua adesão encontra-se comprometida, devido aos clientes referirem desconforto, dor, prurido, dificuldade no calçado e autoimagem afetada (Dissemond et al., 2016).

Visto que, este tratamento pode ser difícil de tolerar, foi necessário perceber junto de cada pessoa o seu estilo de vida, bem como as suas capacidades físicas e cognitivas.

Com este conhecimento, foi passível de identificar, através do diálogo, as necessidades das pessoas (restaurar autoimagem, ausência de desconforto e autocuidado referente à higiene corporal) (Kitson, 2018), para estimular a adesão ao tratamento e delinear um plano de cuidados com os mesmos e com a sua família.

Este processo incidiu na educação para a saúde, e desenrolou-se com: a apresentação dos inúmeros modelos de meias ou ligaduras compressivas que existem no mercado, a recolocação da meia ou ligadura compressiva (caso o cliente necessite de removê-la) e estratégias para a realização dos cuidados de higiene (utilização de saco de plástico com tira adesiva, de modo a evitar a entrada de água) (Perry et al., 2023). Medidas com enfoque na gestão de humidade, um dos pontos fulcrais na preparação do leito da ferida, pois, a terapia compressiva é essencial na remoção do edema e na gestão do exsudado da pessoa com compromisso venoso a nível dos membros inferiores (Wollina et al, 2016).

No decorrer dos cuidados prestados, foi, importante, ter presente que os mesmos, não eram apenas à ferida, mas sim à pessoa com ferida, respeitando a individualidade da pessoa cuidada.

Além do referido, importa salientar a importância da visão da pessoa como um todo, considerado além da ferida, os antecedentes pessoais e familiares, características sociodemográficas, a condição da integridade cutânea, os objetivos do tratamento, as necessidades físicas, relacionais e psicológicas, o conforto e o nível de dor (Kitson, 2018; Bhatt, 2023). Aspetos que se tornam relevantes na relação de parceria entre enfermeira-cliente, na adesão e, por consequência, na cicatrização da pessoa com úlcera venosa.

O respeito pelos clientes é um valor profissional fundamental, um direito do cliente e uma das pedras angulares dos cuidados de enfermagem, encontrando-se geralmente

associado aos princípios éticos como o respeito pela dignidade, autonomia e integridade (Koskenniemi et al, 2019).

Foram prestados cuidados de enfermagem sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, garantindo, assim, **práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Gostaria de vislumbrar a minha participação enquanto formadora neste contexto.

Neste contexto não encontrei casuística com a minha área de projeto, no entanto foi explicada a mesma à orientadora clínica e à restante equipa de enfermagem em conversas informais. Apresentado o tema de estudo, introduzi, por consequência, o conceito de Dermatoporose, no qual, a curiosidade foi crescente.

Aquando da prestação de cuidados, foram detetados sinais clínicos de Dermatoporose nas pessoas crónicas complexos a quem prestei cuidados, através de observação direta e de acordo com a categorização de Kaya & Saraut (2007), encontravam-se nos estádios I e II. As localizações das lesões foram: nos antebraços, membros inferiores e tórax.

Perante estes sinais clínicos e dada a carência de conhecimento sobre o tema e de acordo com as experiências vivenciadas, foi identificada uma necessidade formativa.

Foi realizada uma sessão de formação sobre a Dermatoporose (Apêndice III), contando para o plano de formação externo do serviço, assistida por 8 dos 11 elementos de enfermagem do serviço. A respetiva avaliação foi realizada pelos elementos participantes, por escrito através de questionário de avaliação de satisfação (Anexo II). Avaliando o cumprimento das expectativas, adequação dos conteúdos, duração da formação e metodologia utilizada.

A avaliação era quantitativa em que 1- Muito Insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Razoável; 4- Bom; 5- Muito Bom. Sete participantes avaliaram como Muito Bom e um como Bom nas quatro dimensões do questionário.

Com esta experiência aprendi as ferramentas necessárias para a formação em serviço e a importância de comprovar com evidência a existência de um problema emergente neste contexto clínico.

Como formanda e no âmbito de estudo autónomo, frequentei a Masterclass "Terapia de feridas por pressão negativa", da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (Anexo III), para aprender e atualizar conhecimentos.

A informação apreendida, relativamente à terapia de pressão negativa continua ultraportátil (PICO 14), foi transmitida e discutida com a orientadora clínica, por ser inovadora (fornecendo mais autonomia aos clientes), estar intimamente ligado às práticas do serviço e com o intuito de contribuir para a atualização de conhecimentos da equipa de enfermagem. Para o contexto trouxe brochuras e meio de contacto para se adquirir produto mencionado.

3.1.2. Centro de Responsabilidade Integrada de Dermato-venerologia

O Estágio contou, ainda, com uma incursão clínica de 32 horas, entre 11 de dezembro de 2023 a 15 de dezembro de 2023.

Este centro é parte integrante de um hospital central da região de Lisboa, tem como um dos seus objetivos: "assegurar o desenvolvimento das melhores práticas clínicas centradas nas necessidades dos utentes, adaptando a organização interna das entidades do SNS a formas de gestão eficiente" (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017).

O serviço tem como valências: consulta externa, hospital de dia, cirurgia de ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Foi escolhido este campo de estágio por estar alinhado com tema de investigação e por ter uma diversidade de propósitos que eram de interesse serem explorados.

Tendo como objetivo principal de prestar cuidados de enfermagem avançada, centrados e personalizados, foram desenhadas atividades para o concretizar (Apêndice IV).

De todas as atividades experienciadas, a consulta de fototerapia foi a que se destacou por trazer mais contributos ao meu projeto.

A fototerapia refere-se a uma técnica terapêutica baseada no efeito benéfico das ondas de luz ultravioleta em várias condições patológicas (Patrizi et al., 2015).

Esta terapia é a modalidade de tratamento mais frequentemente utilizada para diferentes doenças da pele, incluindo parapsoríase, psoríase, eczema, dermatite atópica, vitiligo, fotodermatite, erupção polimorfa à luz, prurigo actínico, porfirias cutâneas e micose fungoide (Rathod et al., 2023). As patologias mais comuns nos clientes que frequentam a consulta são: dermatite atópica, eczema, psoríase e vitiligo.

A longo prazo os efeitos colaterais desta terapia podem não ser reversíveis e tornar-se crónicos, como, a xerose, purpura senil, perda de elasticidade e fragilidade da pele (Rathod et al., 2023).

A radiação UV é, então, um dos fatores de risco para o desenvolvimento de dermatoporose (Beele, et al., 2017). As manifestações morfológicas da dermatoporose, como a atrofia cutânea e a pele seca, e a expressão funcional da dermatoporose resultante de pequenos traumatismos, como a laceração frequente da pele (Beele et al., 2017). Constituindo, um fator de risco para aparecimento de lesões por DAI (Beele et al., 2017).

Torna-se de extrema importância o cuidado à pele mais precisamente a sua hidratação. Neste contexto, participei na educação para a saúde dos clientes e famílias, incentivando à hidratação antes e após o tratamento para evitar a xerose e queimaduras.

A hidratação da pele tem sido reconhecida como o primeiro passo na manutenção da saúde da pele, seguido da limpeza e proteção (Lizarelli et al., 2015). Pode ser realizada com recurso a emolientes e proteção solar tópica.

Foi muito satisfatório e vantajoso aplicar os conhecimentos sobre a Dermatoporose aos clientes que frequentavam esta sala de tratamentos com o enfoque à prevenção do aparecimento dos sinais clínicos de fragilidade cutânea.

O maior desafio foi perceber como absorver todas as experiências que desejava em apenas uma semana, pelo que, o primeiro dia foi determinante. Em conversa com

enfermeira gestora foram-me apresentadas todas as valências do serviço e decidimos em conjunto quais as mais vantajosas para contribuir para a minha aprendizagem.

Em enfermagem, o autoconhecimento tem sido reconhecido como uma ferramenta importante para o desenvolvimento pessoal e profissional, de modo melhorar a sensibilidade e a capacidade de cuidar dos profissionais (Rasheed et al., 2018).

Esta curta passagem auxiliou o desenvolvimento do **autoconhecimento e assertividade** (Regulamento n.º 140/2019, 2019), visto que, aprendi a priorizar e alinhar as escolhas com os meus objetivos, na medida em tive de explorar e pensar qual das experiências me iria trazer mais contributos para o desenvolvimento do projeto. A compreensão das necessidades de cada pessoa e a educação para a saúde realizada, alinhada com os princípios da prevenção da Dermatoporose, contribuiu para o cuidado centrado na pessoa.

3.2. Competências desenvolvidas em Serviços de Internamento

Este percurso foi realizado em dois contextos: Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Serviço de Cirurgia Vasculuar e Urologia.

3.2.1. Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

O Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, trata-se de um espaço de internamento localizado num hospital central da região de Lisboa, com capacidade para 18 clientes. Segundo documento interno, este serviço “estuda, desenvolve e executa técnicas com vista a prevenir o afastamento ou a aproximar da norma morfológica segmentos atingidos por traumatismo, iatrogenia, malformação congénita ou perturbação do desenvolvimento, tendo em vista a preservação ou reposição da função”. O estágio contou com duração de 10 semanas e meia, de 25 de setembro de 2023 a 8 de dezembro de 2023 e com 300 horas, teve como objetivo geral desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre no âmbito da integridade cutânea na pessoa idosa complexa.

Foram elaborados, objetivos mais específicos, à semelhança do contexto anterior.

- Descrever a estrutura organizacional (missão, finalidade e área de abrangência);

- Prestar de cuidados de enfermagem avançada à pessoa com perda (ou risco de perda) de integridade cutânea;

- Aplicar um protocolo de investigação na área da pessoa com perda (ou risco de perda) de integridade cutânea;

- Fortalecer as aprendizagens profissionais no âmbito da pessoa com perda (ou risco de perda) de integridade cutânea;

- Desenvolver competências na área da gestão de cuidados da pessoa com perda (ou risco de perda) de integridade cutânea;

- Refletir sobre a minha experiência, pontos fortes e áreas de melhoria, de forma a aprimorar o autoconhecimento e identificar oportunidades de crescimento no percurso de aprendizagem.

Estes objetivos propostos e as respetivas atividades encontram-se descritos no Apêndice V, segue-se a reflexão sobre as mesmas.

Durante o período de integração a este contexto, conheci a estrutura física e as suas valências e foi onde me senti melhor acolhida por parte da equipa de enfermagem desde o primeiro momento. De ressaltar o papel da enfermeira orientadora neste processo.

No decorrer do estágio, neste contexto, cuidei de pessoas idosas internados. No período entre 03/10/2023 e 02/11/2023, foram avaliados 14 idosos, através de observação direta, de acordo com os graus clínicos de Dermatoporse apresentados por Kaya & Saurat (2007).

Foram detetados sinais de estadio 1 de Dermatoporse (atrofia da pele, púrpura senil e pseudocicatrices) em 86% dos clientes que cuidei e, apenas, 14% não apresentavam sinais clínicos de Dermatoporse. Por existirem casos no serviço e por haver carência de conhecimentos dos pares face ao tema, foi reconhecido um diagnóstico formativo.

Mediante este diagnóstico foram implementadas intervenções com enfoque na área da prevenção e na manutenção da integridade cutânea.

Reforçada, junto de cada pessoa, a relevância de: aplicação tópica de proteção solar (inclusive no inverno); evitar as horas de maior calor; e utilização de emolientes (de modo a restaurar a barreira lipídica da pele) (Kaya & Saurat, 2007).

Para a manutenção da integridade cutânea, cada pessoa, foi instruída para a otimização da nutrição (ingestão de alimentos com proteína) e para a prevenção de traumatismos (remoção de pensos ou material adesivo que possa lesar a pele) (Beeckman et al, 2015).

De ressaltar a importância da avaliação sistemática para travar situações de risco e minimizar os sinais de Dermatoporose.

Durante este período e aquando da prestação de cuidados à pessoa com integridade cutânea comprometida deparei-me com uma situação que julgo ser proveitoso atentar e refletir, por ter sido uma situação nova para mim.

Prestei cuidados a uma cliente de 45 anos, internada pelo agravamento das lesões derivadas da patologia Hidradenite Supurativa. Esta condição é uma dermatose inflamatória crónica e recorrente que se caracteriza pela presença de nódulos inflamatórios e abscessos nas áreas ricas em glândulas apócrinas, sendo a dor um dos sintomas com mais relevância na perceção da patologia pelos clientes (Cabete & Martins, 2023). Durante a instalação desta patologia, ocorre o aumento de temperatura corporal e presença de humidade constante na região anatómica afetada (Sabat et al., 2020), que nesse caso era a região do períneo.

Posto isto, foram identificados os focos de enfermagem, Dor Crónica Presente, Aceitação do Estado de Saúde Comprometido e Integridade dos Tecidos Comprometida (International Council of Nurses (ICN), 2019) e elaborado um plano de cuidados com enfoque na gestão da dor, do estado de saúde e da humidade da pele.

A cliente no seu domicílio, por queixas álgicas constantes, automedicava-se com tramadol (100mmg de 8 em 8 horas). A dor crónica é caracterizada por dor física persistente, incapacidade, perturbação emocional e sintomas de retração social. Os clientes raramente conseguem um alívio da dor a longo prazo, uma vez que os efeitos secundários tendem a limitar a dose máxima do fármaco (Hylands-White et al., 2016).

Para compreender o fenómeno da dor, importa salientar outro conceito: a dor total é caracterizada por abarcar todas as dimensões do ser humano, isto é, permite a compreensão de que a dor é maior que as sensações físicas, englobando, também, as componentes emocional, espiritual e social (Castro et al., 2021).

Tratando-se de um período em que a pessoa se encontra mais vulnerável, o internamento representa um período de risco generalizado para situações adversas de saúde, incluindo distúrbios do sono, desnutrição, dor e desconforto e alterações cognitivas devido à medicação (Kitson, 2018). É parte integrante das competências de um enfermeiro adequar a melhor estratégia para abordar a dor (Benner, 2001, p.87).

Para a gestão da dor, implementaram-se um conjunto de medidas como: o diálogo (para compreender as necessidades e o tipo de dor, avaliação do nível de dor), obter ajuda diferenciada (com enfoque nas medidas farmacológicas, benefícios de fisioterapia e consulta da dor) e incluir o familiar de referência no processo de cuidados (OE, 2008).

O diálogo terapêutico é o processo de transmissão de informação interpessoal, intencional, através de palavras e comportamentos baseados nos conhecimentos, atitudes e competências de ambas as partes, que conduz à compreensão e participação do cliente (Abdolrahimi et al., 2017).

No referido diálogo foram abordados os objetivos específicos da cliente para gerir a dor, entre os quais se destacaram: reduzir a dor, maximizar a função e melhorar a qualidade de vida (U.S. Department Of Health And Human Services, 2012). Findado o diálogo concluiu-se que o fenómeno da dor abrangia a dimensão física, mas também emocional (por não poder exercer as suas funções laborais).

Foi realizada uma avaliação da intensidade da dor da cliente com recurso à escala numérica cujo resultado variava entre o nível 8 e 9.

Durante o internamento foi necessário interligar-me com equipa médica de modo a atingir objetivos definidos pela cliente para a gestão da dor (reduzir a dor, maximizar a função e melhorar a qualidade de vida).

A primeira medida instaurada pela equipa médica foi escalar medidas farmacológicas. Fazendo uso da escada analgésica, esta ferramenta foi atualizada e é composta por quatro degraus: dor ligeira (analgésicos não opióides e anti-inflamatórios

não esteróides com ou sem adjuvantes), dor moderada (opióides fracos, com ou sem analgésicos não opióides e com ou sem adjuvantes), dor severa (opióides fortes com ou sem analgésicos não opióides e com ou sem adjuvantes) e dor persistente (tratamentos não farmacológicos invasivos e/ou minimamente invasivos) (Anekar et al., 2023).

A cliente encontrava-se no degrau 3 da escada analgésica, pelo que, apenas, ficava confortável e sem dor, aquando da administração de terapêutica opióide forte (fentanil transdérmico).

Para conseguir manter a capacidade física e motora, foi alertada a equipa multidisciplinar (médico e fisioterapeuta) para a necessidade e a vontade de cliente manter-se ativa. Dito isto, a cliente iniciou exercícios de fisioterapia diariamente. Além do referido, apresentei posicionamentos possíveis de executar no leito (decúbitos laterais e ventral com recurso a almofadas), que segundo a cliente se sentiu mais confortável e com a dor controlada.

Os clientes relacionam as suas experiências de respeito, dignidade, conforto e apoio com a forma como a prestação de cuidados direta é realizada. Sendo o conforto e a mobilidade, elementos essenciais do CF, para atender às necessidades únicas de cuidado e segurança dos clientes (Kitson, 2018).

Pese, embora, que nos dias seguintes, ao início da nova terapêutica farmacológica, apresentou sonolência e confusão, e a equipa médica optou por retirar, o fármaco transdérmico.

Os opióides só devem ser administrados quando os seus benefícios superam os riscos, uma vez que implicam um risco considerável de dependência (Anekar et al., 2023). Esta remoção precoce, provocou efeitos na cliente, entre os quais, se destacam, nervosismo, espasmos musculares intensos e inúmeros períodos de ansiedade, muitos dos sintomas de abstinência de opiáceos, provocando dependência física (Pergolizzi et al, 2020), após esta situação fora avaliada a intensidade da dor, que se encontrava entre o nível 7 e 8.

Esta situação foi comunicada à equipa médica e, fora, discutido a colaboração das especialidades de anestesia, psiquiatria e consulta da dor. Resultando em ajustes terapêuticos, mas também, em acompanhamento após a alta clínica.

Otimizar a tomada de decisão, é crucial, assim como, saber quando se deve **referenciar para outros profissionais de saúde** em prol das necessidades do cliente (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Os enfermeiros podem desempenhar um papel vital no encaminhamento adequado dos clientes para um vasto espectro de prestadores de serviços especializados e a fontes de informação credíveis (Edwards et al., 2007).

Perante esta situação complexa de cuidados, a inclusão do marido da cliente na mesma, foi determinante para a adesão e compreensão da cliente ao atual estado de saúde. As funções que as famílias desempenham não devem ser substituídas, porque nenhum elemento da equipa de saúde tem a profundidade e a longevidade das relações que os parceiros de cuidados têm com os clientes (Kusmaul et al., 2022).

Embora seja um dos deveres dos enfermeiros, manter o sigilo profissional (OE, 2015), o desejo desta cliente era que, apenas, o marido tivesse conhecimento. Sendo os quartos compostos na totalidade por quatro unidades, a cliente pretendia que as outras clientes não se apercebessem da sua situação clínica, pelo que, o diálogo com a cliente era realizado com as cortinas da unidade fechadas e com tom de voz moderado, de modo a, **desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional**, considerando a melhor prática e a preferência da cliente (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De modo a dar resposta ao último foco do plano de cuidados de enfermagem, Integridade da pele Comprometida, é crucial apresentar o conceito preparação do leito da ferida, sumariado pelo acrónimo TIME. É uma abordagem sistemática para avaliar feridas crónicas para melhorar as hipóteses de êxito da cicatrização da ferida (Harries et al., 2016).

Este acrónimo engloba quatro dimensões da ferida: tecido (T), inflamação/infeção (I), desequilíbrio de humidade (M), avanço do bordo epitelial (E) (Harries et al., 2016). No presente caso, a gestão da humidade tornou-se no principal foco de atenção, devido ao facto de níveis excessivos de exsudado podem causar danos na pele circundante (maceração) e promovem a formação de biofilme como uma potencial fonte de nutrientes (Harries et al., 2016).

Dada a região anatômica a escolha do tratamento é importante para gerir os níveis de exsudado e deve proporcionar um equilíbrio adequado de humidade, evitar a maceração dos bordos da pele, prevenir fugas e ser fácil de aplicar e remover (Harries et al., 2016). Foram utilizados apósitos com propriedades superabsorventes e cremes de barreira cutânea para evitar a maceração peri-ferida (Harries et al., 2016) e realizados posicionamentos que proporcionassem o conforto da cliente (Banharak, et al., 2021).

Uma das atividades que gostaria de realçar foi a elaboração do estudo de caso (Apêndice VI). Este permitiu-se desenvolver conhecimentos e competências por interligar a prática de cuidados com a evidência, por relacionar duas condições que eram do meu apreço investigar, e, também, por identificar as necessidades do cliente perante o seu estado de saúde.

Prestei cuidados a uma pessoa com DAI e Dermatoporose. Primeiramente, foi explicada a finalidade do estudo de caso ao cliente e esclarecidas dúvidas do mesmo, obtendo por escrito a sua autorização para participar como sujeito de estudo de caso (Anexo IV).

Sendo assim, para o estudo de caso, reuniram-se as seguintes informações sobre o cliente: perfil sociodemográfico e antecedentes pessoais e familiares, necessidades físicas, psicológicas e relacionais e composição da vida diária do cliente.

Tratava-se de um cliente de 87 anos, as suas necessidades físicas incluíam manter a mobilidade, não sentir dor e prurido, sentir-se asseada devido a episódios de incontinência e não vivenciar constante ardor.

Quanto às necessidades psicológicas e relacionais incidiam: na angústia por se encontrar numa situação de dependência, na preocupação por se sentir um fardo para a filha e o genro, em estar integrada no plano de cuidados e ser respeitada e respeitar.

Deste modo, foram identificados três diagnósticos de enfermagem, Integridade da pele Comprometida, Autocuidado Comprometido e Maceração Presente segundo ICN (2019), delineadas atividades para alcançar resultados esperados.

Foram implementadas intervenções farmacológicas e medidas preventivas, com foco na educação em saúde para a própria cliente, abordando as duas condições diagnosticadas.

As intervenções planeadas e implementadas, com enfoque dermatoporose, foram: avaliar a integridade da pele, correção da exposição a fatores de risco para o envelhecimento da pele.

As intervenções planeadas para se realizarem após episódio de incontinência foram: avaliar a pele, categorizar, avaliar o risco de integridade da pele comprometida, implementar regime de cuidados com a pele, gerir incontinência, avaliar dor e ensinar sobre o regime de tratamento e higiene.

As manifestações morfológicas da fragilidade da pele, como a atrofia cutânea e a expressão funcional da fragilidade da pele resultante de pequenos traumas (sinais de dermatoporose), devem ser prevenidas e tratadas para evitar complicações como a DAI (Beele et al., 2017).

A realização deste estudo de caso, foi muito desafiante e satisfatória, pois, cheguei a algumas conclusões que podem ser transversais, tendo em conta a individualidade de cada pessoa, na abordagem a clientes com estas duas condições.

Uma das conclusões foi, que a educação para a saúde dos profissionais e cuidadores é imprescindível para desmistificar e atenuar os efeitos da DAI e da Dermatoporose, incidindo sobre a prevenção para que possam fornecer intervenções específicas e qualidade de cuidados para esta população (Banharak et al., 2021).

A necessidade de educação para a saúde quer aos pares quer à cliente/ familiares foi identificada no decorrer da prestação de cuidados. Dito isto, durante a prestação dos mesmo foi planeado educar os intervenientes nos cuidados acerca de medidas de prevenção para manutenção da integridade da pele.

As intervenções que se destacaram foram educar sobre: higienização da pele (água e sabão neutro), aplicação de protetor barreira e creme hidratante na região afetada pela DAI e troca de dispositivo de retenção de eliminação a cada 3 horas ou após episódio de incontinência (Strehlow et al., 2018). Com estas intervenções a cliente manifestou alívio da sintomatologia e integrada no plano de cuidados.

Outra relação retirada é que, torna-se crucial, a integração de cuidados a nível hospitalar, visto, ter como objetivo principal melhorar os resultados em saúde para as pessoas idosas (Nolte & Pitchforth, 2014).

A integração de cuidados, é cada vez mais significativa para melhorar os resultados para os indivíduos com doenças ou necessidades crónicas e ultrapassar potenciais lacunas de coordenação entre serviços (Nolte & Pitchforth, 2014). Exige uma abordagem integrada e multidisciplinar para uma gestão dos cuidados eficaz e para que estes sejam acessíveis a todos os doentes crónicos complexos.

A enfermeira orientadora, alguns elementos da equipa e a família envolveram-se comigo na situação de cuidados e assim fora **otimizado o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados** (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Perante a versatilidade do contexto onde poderiam ocorrer os cuidados, foram elucidados, todos os intervenientes com exemplos de medidas farmacológicas (aplicação de produtos barreira e emolientes) e não farmacológicas (limpeza da pele, posicionamentos e sistemas de retenção), sendo estas transversais, atenuação complicações.

Otimizar os recursos materiais e imateriais às necessidades do cliente é importante, de modo, a planear, iniciar, coordenar e conduzir programas educativos para o cliente, a comunidade ou a programas educativos para o cliente, a comunidade ou a equipa de cuidados de saúde, com base nas necessidades, prioridades e recursos organizacionais (Canadian Nurses Association, 2019).

Perante o descrito é possível refletir sobre a adaptação quer aos contextos quer aos parceiros de cuidados (equipa multidisciplinar, clientes e famílias), desenvolvendo, assim, a **capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e emitir reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções** (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Durante este percurso clínico, prestei cuidados a clientes crónicos, no entanto, as duas situações descritas revelam alguns aspetos que em os mesmos foram auxiliados na vivência da cronicidade das suas patologias.

Um dos aspetos positivos a retirar foi o estabelecimento de relação de parceria entre enfermeira-cliente. Foram identificadas as necessidades da pessoa, família/cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce e adaptação à doença

crónica, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Foi apresentada a temática do projeto à orientadora clínica, e esta mostrou-se curiosa com a mesma. Com confiança na investigação realizada sobre a temática em estudo, durante a primeira semana apresentei-a e explorei o conhecimento e interesse nos pares no conteúdo para entender se seria oportuno a explanação da mesma, dinamizando novas aprendizagens.

A recetividade da equipa foi boa, pelo que, foi realizada e apresentada uma sessão de formação sobre Dermatoporse (Apêndice VII), de acordo com diagnóstico formativo identificado, contabilizada para o plano de formação externo do serviço, para cinco elementos do serviço, cuja avaliação dos participantes foi realizada por escrito através de questionário de avaliação de satisfação. Em que avaliava o cumprimento das expectativas, adequação dos conteúdos, duração da formação e metodologia utilizada.

A avaliação era quantitativa em que 1- Muito Insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Razoável; 4- Bom; 5- Muito Bom. A totalidade dos participantes classificou como Muito Bom nas cinco dimensões do questionário.

Como formanda, participei no Congresso da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APTF) - *Gala 25 Anos* (Anexo V), com o propósito de aprofundar conhecimentos e contribuir para o estudo autónomo e discutir os contributos (novo creme com função barreira e hidratante para ser utilizado em pessoas com DAI, toalhas para prevenção de lesões por DAI e outras aconselháveis para lesões por DAI com dimeticone e sem perfume) com a enfermeira orientadora por ser uma área de interesse para ambas.

Coincidente com o início do estágio apresentei a RIL sob forma de póster no III Encontro Nacional de Integração de Cuidados (Anexo VI; Apêndice VIII). Posteriormente submeti a RIL, com fim de publicação na revista *Acute and Critical Care*, de forma a contribuir para a disseminação de conhecimentos em enfermagem.

Durante este período tive oportunidade de apresentar o estudo de caso realizado sob forma de póster no Webinar Inovação em Enfermagem Produção do Conhecimento

e Exercício Clínico (Apêndice IX), ressaltando a importância de discutir com os pares as condições associadas à cronicidade.

3.2.2. Serviço de Internamento de Cirurgia Vasculiar e Urologia

O último percurso clínico teve a duração de um mês e uma semana, entre 3 de janeiro de 2024 a 9 de fevereiro de 2024, com um total de 220 horas.

Este serviço localiza-se num Hospital Central da Região de Lisboa, com capacidade para 33 clientes e tem como missão a centralidade dos cuidados, prestar cuidados personalizados e eficiência (de acordo com documento interno).

O estágio teve como objetivo geral estudar a DAI em pessoas com doença crónica complexa internadas em contexto hospitalar.

Foram elaborados, objetivos mais específicos, destacando-se:

- Reconhecer a estrutura organizacional (missão, finalidade e área de abrangência);
- Prestar de cuidados de enfermagem avançada à pessoa com perda (ou risco de perda) de integridade cutânea e identificar fatores de risco para o desenvolvimento de DAI;
- Desenvolver competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal na área da pessoa com (ou risco de) DAI;
- Caracterizar os conhecimentos dos enfermeiros face à prevenção e gestão da DAI em contexto de internamento;
- Caracterizar a prevalência da DAI em pessoas com doença crónica complexa internadas;
- Fortalecer o desenvolvimento das aprendizagens profissionais no âmbito da pessoa com (ou risco de) DAI.

Estes objetivos e as respetivas atividades encontram-se descritos no Apêndice X. Durante o percurso neste serviço, que coincide com o meu local de trabalho, tive oportunidade de sistematizar o diagnóstico formativo relativamente à prevenção e gestão da DAI.

Com a enfermeira orientadora, prestei cuidados de enfermagem e discuti a gestão de cuidados. Destaco neste ponto a solicitação dos meus conhecimentos por parte dos pares para a tomada de decisão conjunta. Participei nos cuidados de enfermagem à pessoa com DAI e com a adequada abordagem, mais precisamente, com a limpeza da pele com água e sabão, a utilização de produto barreira em creme e alternância de posicionamento da pessoa, foram atingidos: a cicatrização das lesões por DAI e o conforto da pessoa. Assim, foi possível melhorar a informação para a **otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Para dar resposta aos objetivos apresentados tive oportunidade de elaborar um Projeto de estudo observacional: "Dermatite associada à incontinência em pessoas com doença crónica complexa internadas". Este surgiu, integrado no Projeto id.Care "Umbrella Project - Cuidado centrado para pessoas com doença crónica complexa em contexto agudo e crítico: gerindo o ambiente físico e suportando a tomada de decisão clínica e a autogestão", registado no CIDNUR. O desenvolvimento deste projeto contou a colaboração de quatro enfermeiros que se encontravam a desenvolver funções nestes contextos e com a articulação com a equipa de investigadores id.Care, concretamente para o desenho do protocolo de investigação, alinhamento dos objetivos com os interesses do id.Care e suporte na elaboração do protocolo a submeter à Comissão de Ética para a Saúde.

Apesar do crescente corpo de conhecimentos sobre a Dermatite Associada à Incontinência (DAI), ainda existem lacunas significativas na compreensão do problema, nomeadamente a observação, a diferenciação e gestão adequada (Beeckman, 2017). Em Portugal, do que é do atual conhecimento, este é, igualmente, um assunto pouco explorado e investigado, "a escassez de material científico sobre a temática leva-nos a concluir que é imperativo a realização de estudos e suas publicações" (Correia, 2023, p.55).

O estudo "Dermatite associada à incontinência em pessoas com doença crónica complexa internadas" abrangeu quatro serviços clínicos: o presente serviço e os três serviços de Medicina Interna do mesmo hospital. Teve como objetivos: caracterizar os conhecimentos dos enfermeiros face à prevenção e gestão da DAI em contexto de internamento; caracterizar a prevalência de DAI em pessoas com doença crónica

complexa internadas; e verificar se existe associação entre os estadios da DAI e o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes.

Relativamente aos métodos, trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, de abordagem quali-quantitativo. A população e amostra do Estudo são pessoas internadas no serviço de Cirurgia Vasculuar e Urologia e nos serviços de Medicina Interna e enfermeiros a desempenhar funções nos referidos serviços.

Participaram 34 enfermeiros, do serviço de Cirurgia Vasculuar e Urologia e dos serviços de Medicina Interna. Foram definidos critérios de inclusão: enfermeiros que exerçam funções nos referidos serviços, há pelo menos, 6 meses e que prestem cuidados diretos às pessoas internadas.

No que diz respeito aos clientes, participaram 33 clientes, internados no serviço de Cirurgia Vasculuar e Urologia e nos serviços de Medicina Interna. Implementados critérios de inclusão, tais como: clientes conscientes e orientados (nos casos em que se verificou alteração do estado de consciência solicitou-se permissão ao familiar significativo), que tenham idade igual ou superior a 65 anos, que apresentem pelo menos uma doença ou condição crónica e que se encontrem internados.

Para o estudo com enfermeiros recorreu-se ao questionário “Perceção da autoeficácia dos enfermeiros acerca das suas competências para cuidar de pessoas com (ou risco de) dermatite associada à incontinência (DAI)” (Apêndice XI) construído a partir dos resultados da RIL (Gray et al., 2012; Sugama et al, 2012; Ichikawa-Shigeta et al., 2014; Kerr et al, 2014; Kon el al., 2017; Strehlow et al, 2018; Duarte et al,2022; Grden et al., 2020; Hödl et al, 2020; Ielapi et al, 2022). Informação sociodemográfica a recolher dos enfermeiros: sexo, idade, tempo de serviço, tempo de profissão, habilitações académicas.

Para o estudo com clientes, após pedido de autorização ao autor (Anexo VII), será usada a ferramenta GLOBIAD, cuja finalidade é categorizar a gravidade da DAI com base na inspeção visual das áreas da pele afetada. Pretende criar uma descrição internacionalmente acordada da gravidade da DAI e padronizar a documentação desta condição na prática clínica e para investigação, distinguindo a DAI em quatro graus clínicos (Beeckman et al., 2017).

De forma a caracterizar a amostra, foi utilizado o *Charlson Comorbidity Index* (CCI) (Anexo VIII), cuja autorização foi igualmente solicitada (Anexo IX) que, foi desenvolvido e validado como uma medida do risco de mortalidade e do encargo com doença a um ano (Charlson et al, 1987). Consiste em 17 comorbilidades, com duas subcategorias para diabetes e doença hepática. Na prática clínica, o CCI reduz as comorbilidades numa única pontuação numérica que pode ajudar os profissionais de saúde na estratificação dos doentes em subgrupos com base na gravidade da doença, a desenvolver modelos específicos de cuidados e de alocação de recursos disponíveis (Roffman et al, 2016). Informação sociodemográfica e clínica que foi recolhida: sexo, idade, antecedentes pessoais de doença, evidencia de situação de incontinência urinária e intestinal, dias de internamento, índice de Charlson e as suas diferentes dimensões, índice de Barthel e as suas diferentes dimensões (dado que já é habitualmente utilizado e consta do processo clínico) e existência de foco de enfermagem “maceração” no processo informático.

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde (CES) do hospital onde decorreu o estágio e foi obtido parecer positivo da CES com o código de aprovação N.º 2391 (Anexo X).

Durante a realização destes estudos foi mantido o anonimato e confidencialidade dos participantes e solicitado o seu consentimento informado para integração no mesmo (Anexo XI).

Referente aos resultados deste Projeto foi realizada a análise de dados do estudo com os enfermeiros e do estudo com as pessoas internadas.

No estudo com os enfermeiros, 88% dos participantes eram do sexo feminino e 12% do sexo masculino. Apenas 12% detinham o título de Enfermeiro Especialista e 15% detinham o grau académico de Mestre. Cerca de 76% dos participantes não tinham formação académica na área do tratamento às feridas ou viabilidade tecidual. Os participantes apresentavam uma média de tempo de profissão de 8 anos e de tempo de serviço 7 anos.

Com base no questionário aplicado foi possível avaliar as áreas de autoeficácia dos participantes (enfermeiros), cujos resultados se encontram divididos pelas sete dimensões do questionário e serão expostos nas tabelas seguintes (Tabela 1; Tabela 2; Tabela 3).

Educação	Média	Atitudes e Crenças	Média
Educo os doentes e famílias para a prevenção e gestão da DAI.	3,45	Eu compreendo a importância de envolver a equipa multidisciplinar no prevenção, gestão e tratamento da DAI.	4,33
Efetuo o registo aquando educação para a saúde da pessoa ou família com DAI.	3,03	Eu compreendo o significado de um cuidado centrado na pessoa e holístico na pessoa com DAI.	4,30
Educo a pessoa e família sobre os cuidados com a pele de modo a prevenir a DAI.	3,57	Eu compreendo a importância de manter a autonomia e privacidade da pessoa na abordagem à DAI.	4,42
Educo a pessoa e família sobre os produtos tópicos disponíveis no mercado para prevenção e gestão da DAI.	3,15	Eu compreendo a necessidade de utilizar os recursos materiais disponíveis de modo perspicaz e ponderada.	4,42
Educo a pessoa e família sobre os sistemas de retenção disponíveis no mercado para prevenção e gestão da DAI.	3,06		
Educo a pessoa e família sobre uma alimentação adequada para a prevenção e gestão da DAI.	3,21		

Tabela 1 - Áreas de autoeficácia nas dimensões da Educação e Atitudes e Crenças

Prevenção	Média	Gestão	Média	Documentação	Média
Eu conheço e sei usar os produtos tópicos disponíveis no mercado para prevenir a DAI.	3,27	Eu compreendo a importância da nutrição e sei planejar uma dieta adequada para pessoas com DAI.	3,27	Registo a avaliação completa da DAI.	3,03
Eu conheço e sei usar os produtos tópicos disponíveis no mercado para tratar a DAI.	3,27	Em pessoas com DAI avalio a dor.	4	Registo intervenções de enfermagem para a gestão da DAI.	3,39
Conheço as características dos dispositivos de retenção disponíveis no mercado para situações de incontinência.	3,24	Implemento, frequentemente, intervenções não-farmacológicas para a gestão da dor associada à DAI.	3,63	Sempre que identifico uma pessoa com DAI, envolvo a equipa multidisciplinar nos cuidados prestados.	3,57
Sei selecionar e recomendar dispositivos de retenção ajustados a cada situação de incontinência.	3,15	Implemento, frequentemente, intervenções farmacológicas para a gestão da dor associada à DAI.	3,57		
Conheço os produtos e materiais a evitar para prevenir a DAI.	3,27	Conheço e cumpro os princípios básicos de controlo de infeção na prevenção e gestão da DAI.	3,66		
Conheço os cuidados à pele adequados à prevenção da DAI.	3,72				

Tabela 2 - Áreas de autoeficácia nas dimensões da Prevenção, Gestão e Documentação

Conhecimentos	Média	Avaliação	Média
Considero que possuo um nível de conhecimentos adequados sobre as diferentes fases de cicatrização de feridas.	3,78	Conheço instrumentos validados para estratificar o risco de DAI.	2,45
Considero que detenho um nível de conhecimentos adequados sobre higiene das feridas.	4	Conheço instrumentos validados para caracterizar a DAI.	2,36
Considero que detenho um nível de conhecimentos adequados sobre as lesões cutâneas associadas à humidade.	3,75	Consigo identificar e avaliar uma lesão de DAI.	3,21
Considero o meu nível de conhecimentos adequados acerca dos fatores que regularizam a cicatrização da DAI.	3,45	Consigo distinguir as várias apresentações de DAI.	2,87
Considero que detenho um nível de conhecimento adequado sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da DAI.	3,87	Sinto-me capaz de distinguir uma lesão de DAI de uma Úlcera por Pressão (UPP).	3,72
Considero o meu nível de conhecimentos adequados sobre os fatores que afetam a cicatrização em pessoa com DAI.	3,66	Consigo identificar as complicações mais comuns da DAI.	3,63
Considero o meu nível de conhecimentos adequados para a gestão da DAI.	3,54		

Tabela 3 - Áreas de autoeficácia nas dimensões dos Conhecimentos e Avaliação

Numa breve análise, a média das respostas dos participantes oscilaram entre 2 (baixa autoeficácia), 3 (moderada autoeficácia) e 4 (elevada autoeficácia). A área de autoeficácia mais predominante foi a área de moderada autoeficácia e, visto que, o que se pretende atingir é a área de autoeficácia elevada, é essencial formação sobre a DAI.

As áreas com itens com melhor pontuação foram: os Conhecimentos e as Atitudes e Crenças. A maior parte dos inquiridos revelou ter um nível de autoeficácia elevada no que diz respeito à higiene das feridas. A área com itens com menor pontuação foi a Avaliação. Grande parte dos inquiridos revelou baixa autoeficácia no que diz respeito ao conhecimento de instrumentos para categorizar a DAI assim como distinguir as várias apresentações da DAI.

No estudo com as pessoas internadas realizou-se uma avaliação quanto à presença de DAI e características sociodemográficas dos participantes. Estes, revelaram ser 56% do sexo feminino e 44% do sexo masculino, com uma média de idade de 81 anos.

Com a utilização do CCI e perante as dezasseis patologias do mesmo, os participantes foram questionados acerca dos seus antecedentes pessoais de doença (conforme explanado na Figura 1), ressaltando que as mais prevalentes foram a Diabetes Mellitus, a Demência e o Acidente Vascular Cerebral/Acidente Isquémico Transitório (AVC/AIT), o que evidencia uma população com doença crónica complexa. Foi possível calcular a média de risco de mortalidade em 21%.

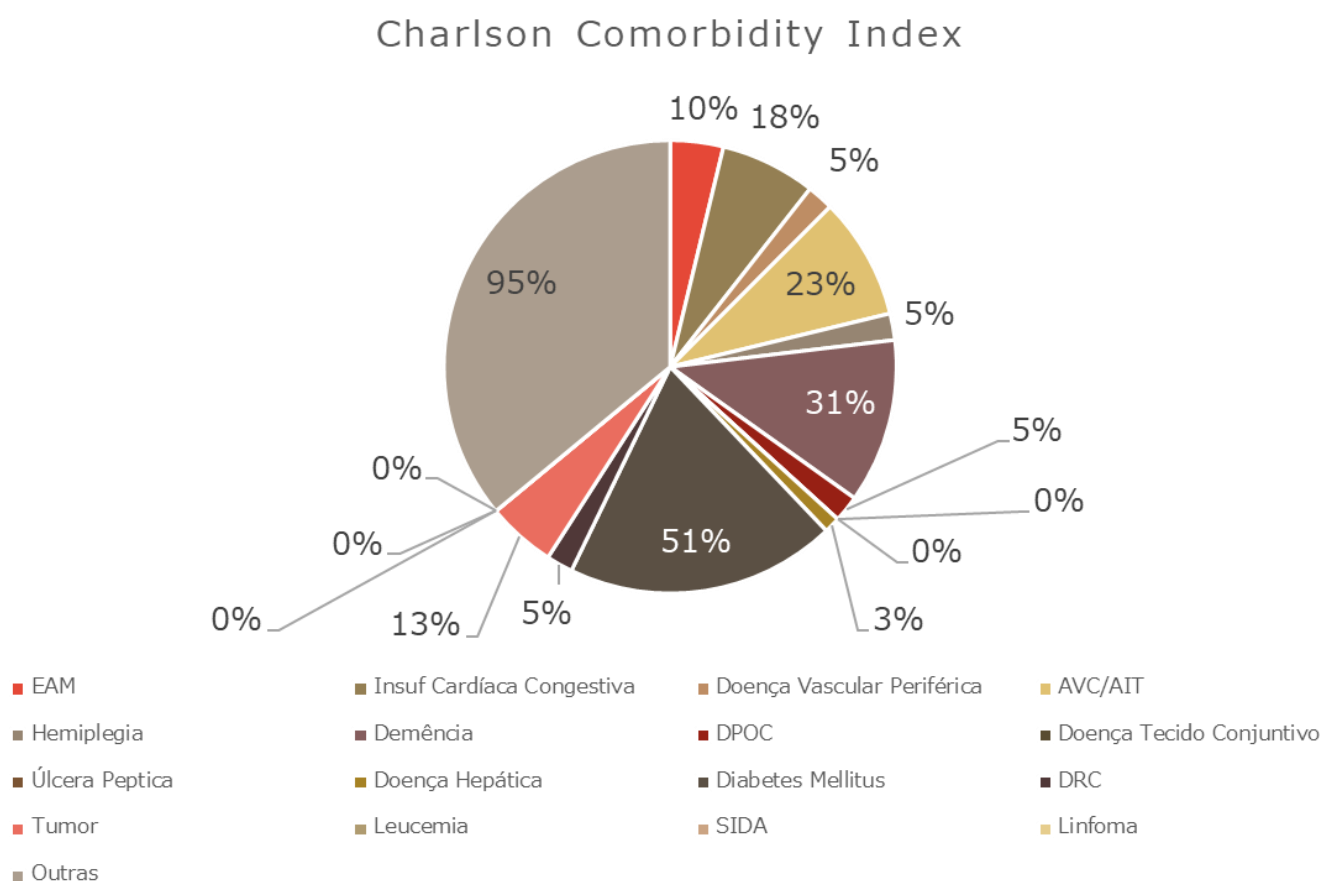


Figura 1 - Charlson Comorbidity Index

A incontinência fecal encontrou-se presente na totalidade dos participantes (100%), já a incontinência urinária encontrava-se presente em 90% dos participantes. No que diz respeito ao Índice de Barthel, foi realizada uma média dos resultados e indicou que os participantes detinham Dependência Grave no Autocuidados (10-15 pontos).

Após consulta do plano de cuidados de enfermagem informatizado, o foco “Maceração”, esteve presente em 79% dos casos e com recurso ao instrumento GLOBIAD foi realizada a categorização da gravidade de lesões por DAI. A categoria 1A (Eritema

Persistente sem sinais clínicos de infecção) foi a mais prevalente (61%) nas pessoas internadas monitorizadas, seguida da categoria 2A (Perda de pele sem sinais clínicos de infecção) com 31% e por último da categoria 2B (Perda de pele com sinais clínicos de infecção) com 8%. A categoria 1B (Eritema persistente com sinais clínicos de infecção) não foi observada nas pessoas internadas monitorizadas.

A prevalência da DAI nas pessoas internadas foi de 17,4%. Estes resultados permitiram ajustar a intervenção GLOBIAD e permitiram contribuir para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A prática baseada na evidência permite obter melhores resultados para as pessoas cuidadas, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, diminuir os erros nas intervenções clínicas e permitir cuidados mais seguros e constitui uma fonte de maior de satisfação profissional, permitindo, assim, prestar cuidados de saúde de uma forma equitativa (Moreno-Monsiváis, 2019). Dito isto, para a elaboração e construção do questionário aplicado aos enfermeiros, foi imprescindível consultar a RIL anteriormente realizada, para que este, abordasse todas as dimensões do cuidado à pessoa com DAI descritas como primordiais na literatura. Para o estudo com as pessoas internadas foi importante a procura de um instrumento de categorização da DAI, validado para a população portuguesa, o que culminou na escolha do instrumento GLOBIAD. Esta ferramenta permite padronizar a documentação desta condição para prática clínica e para investigação (Beeckman et al., 2017). Deste modo, foi possível basear a minha **a praxis clínica em evidência científica** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Posteriormente à análise dos resultados do estudo, procedi à divulgação (Anexo XII) junto dos quatro serviços envolvidos no projeto de uma sessão de formação em serviço (Apêndice XII), com a finalidade de devolver resultados dos estudos e disseminar e fomentar conhecimentos sobre os cuidados à pessoa com DAI.

A formação contou com a participação de 10 enfermeiros de três dos quatro serviços do projeto. A avaliação dos participantes foi realizada por escrito através de questionário de avaliação de satisfação, em que avaliava a utilidade prática e profissional, sensibilização a novas atitudes, qualidade da comunicação, metodologia e duração/horário.

A avaliação era quantitativa, em que 1- Insuficiente; 2- Suficiente; 3- Bom; 4- Muito Bom. A totalidade dos participantes classificou como Muito Bom nas quatro dimensões do questionário.

De forma, para compreender impacto da sessão de formação nos participantes foi novamente aplicado, no final da sessão, o questionário “Percepção da autoeficácia dos enfermeiros acerca das suas competências para cuidar de pessoas com (ou risco de) dermatite associada à incontinência (DAI)”, sendo que 6 dos 10 participantes, preencheram o mesmo pela primeira vez. Os resultados encontram-se nas Tabela 4, Tabela 5, Tabela 6.

Educação	Média - estudo	Média - Formação
Educo os doentes e famílias para a prevenção e gestão da DAI.	3,45	3,9
Efetue o registo aquando educação para a saúde da pessoa ou família com DAI.	3,03	3,4
Educo a pessoa e família sobre os cuidados com a pele de modo a prevenir a DAI.	3,57	3,8
Educo a pessoa e família sobre os produtos tópicos disponíveis no mercado para prevenção e gestão da DAI.	3,15	3,7
Educo a pessoa e família sobre os sistemas de retenção disponíveis no mercado para prevenção e gestão da DAI.	3,06	3,6
Educo a pessoa e família sobre uma alimentação adequada para a prevenção e gestão da DAI.	3,21	3,5

Atitudes e Crenças	Média - estudo	Média - Formação
Eu compreendo a importância de envolver a equipa multidisciplinar na prevenção, gestão e tratamento da DAI.	4,33	4,3
Eu compreendo o significado de um cuidado centrado na pessoa e holístico na pessoa com DAI.	4,30	4,3
Eu compreendo a importância de manter a autonomia e privacidade da pessoa na abordagem à DAI.	4,42	4,3
Eu compreendo a necessidade de utilizar os recursos materiais disponíveis de modo perspicaz e ponderada.	4,42	4,3

Tabela 4 - Comparação de resultados entre resultados de questionário no estudo e resultados de questionário aplicado na sessão de formação

Prevenção	Média - estudo	Média - Formação
Eu conheço e sei usar os produtos tópicos disponíveis no mercado para prevenir a DAI.	3,27	3,9
Eu conheço e sei usar os produtos tópicos disponíveis no mercado para tratar a DAI.	3,27	3,9
Conheço as características dos dispositivos de retenção disponíveis no mercado para situações de incontinência.	3,24	3,7
Sei selecionar e recomendar dispositivos de retenção ajustados a cada situação de incontinência.	3,15	3,7
Conheço os produtos e materiais a evitar para prevenir a DAI.	3,27	3,9
Conheço os cuidados à pele adequados à prevenção da DAI.	3,72	4,1

Gestão	Média - estudo	Média - Formação
Eu compreendo a importância da nutrição e sei planear uma dieta adequada para pessoas com DAI.	3,27	3,9
Em pessoas com DAI avalio a dor.	4	3,9
Implemento, frequentemente, intervenções não-farmacológicas para a gestão da dor associada à DAI.	3,63	4
Implemento, frequentemente, intervenções farmacológicas para a gestão da dor associada à DAI.	3,57	3,9
Conheço e cumpro os princípios básicos de controlo de infeção na prevenção e gestão da DAI.	3,66	3,9

Documentação	Média - estudo	Média - Formação
Registo a avaliação completa da DAI.	3,03	3,5
Registo intervenções de enfermagem para a gestão da DAI.	3,39	3,6
Sempre que identifico uma pessoa com DAI, envolvo a equipa multidisciplinar nos cuidados prestados.	3,57	3,7

Tabela 5 - Comparação de resultados entre resultados de questionário no estudo e resultados de questionário aplicado na sessão de formação

Conhecimentos	Média - estudo	Média - Formação
Considero que possuo um nível de conhecimentos adequados sobre as diferentes fases de cicatrização de feridas.	3,78	4
Considero que detenho um nível de conhecimentos adequado sobre higiene das feridas.	4	4,2
Considero que detenho um nível de conhecimentos adequados sobre as lesões cutâneas associadas à humidade.	3,75	3,8
Considero o meu nível de conhecimentos adequados acerca dos fatores que regularizam a cicatrização da DAI.	3,45	3,8
Considero que detenho um nível de conhecimento adequado sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da DAI.	3,87	4,1
Considero o meu nível de conhecimentos adequados sobre os fatores que afetam a cicatrização em pessoa com DAI.	3,66	4
Considero o meu nível de conhecimentos adequados para a gestão da DAI.	3,54	3,9

Avaliação	Média - estudo	Média - Formação
Conheço instrumentos validados para estratificar o risco de DAI.	2,45	3,7
Conheço instrumentos validados para caracterizar a DAI.	2,36	3,6
Consigo identificar e avaliar uma lesão de DAI.	3,21	3,8
Consigo distinguir as várias apresentações de DAI.	2,87	3,7
Sinto-me capaz de distinguir uma lesão de DAI de uma Úlcera por Pressão (UPP).	3,72	4,2
Consigo identificar as complicações mais comuns da DAI.	3,63	4

Tabela 6 - Comparação de resultados entre resultados de questionário no estudo e resultados de questionário aplicado na sessão de formação

A média das respostas dos participantes oscilaram entre 3 (moderada autoeficácia) e 4 (elevada autoeficácia). Sendo que, as áreas em que se verificou melhores resultados, em comparação com a primeira aplicação do questionário foram: os Conhecimentos e a Avaliação. Destacando a melhoria da autoeficácia dos participantes na área da Avaliação, dado que, teve um aumento de baixa autoeficácia para elevada autoeficácia.

Todos os prestadores de cuidados de saúde têm o dever de contribuir para as melhores práticas e de partilhar estratégias e resultados com outros para melhorar a qualidade dos cuidados (Reicherter et al, 2013). Estudantes e clínicos desempenham um papel valioso na contribuição para o conjunto de evidências que sustentam o contributo único e benéfico dos profissionais de saúde (Reicherter et al, 2013). Portanto, com esta sessão de formação em serviço foi possível ter um **papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais** (Regulamento n.º 140/2019, 2019), com ênfase na formação e gestão das equipas de modo a **favorecer a melhor resposta** das mesmas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Esta sessão de formação permitiu **comunicar conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes**, que perante a avaliação foram transmitidas **de uma forma clara e sem ambiguidades** (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

A recetividade do tema e da abrangência do projeto resultou na solicitação, por parte de dois dos serviços envolvidos no projeto, para a elaboração um infográfico (Apêndice XII), de modo a divulgar o instrumento GLOBIAD, sistematizando os conhecimentos em enfermagem e adequar abordagem à pessoa com DAI com vista à melhoria dos cuidados.

A utilização do instrumento GLOBIAD foi apresentada aos serviços do projeto com o intuito de sistematizar os cuidados. Sendo este instrumento uma ferramenta de categorização (Beeckman et al., 2017), é determinante utilizar as etapas do processo de enfermagem.

Na primeira etapa de processo de enfermagem, colheita de dados, é importante realizar avaliação dos fatores de risco independentes da pessoa que podem desencadear lesões por DAI, como: a capacidade cognitiva e a incontinência (Qiao & Banharak, 2023). Deve ser um foco da atenção as necessidades da pessoa com DAI (Kitson, 2018) e como estas afetam a sua qualidade de vida (Qiao & Banharak, 2023). Durante esta etapa é realizada a inspeção visual da pele da pessoa com DAI.

Após esta avaliação, é introduzido o instrumento GLOBIAD, para que se formule um diagnóstico de enfermagem (segunda etapa do processo de enfermagem) com base na categoria da gravidade da lesão (Beeckman et al., 2017). Uma avaliação padronizada pode ajudar os enfermeiros a determinar o grau de risco e a gravidade da DAI e fornecer uma base para implementação de medidas de enfermagem personalizadas (Qiao & Banharak, 2023).

Para delinear as intervenções de enfermagem (terceira etapa do processo de enfermagem) e aplicar o planeamento (quarta etapa do processo de enfermagem) deve-se ter por base as medidas preventivas de limpar, proteger e restaurar (Beeckman, et al., 2015). Limpar a pele utilizando uma técnica de pequenos toques para prevenir de novos danos (Qiao & Banharak, 2023). A pele deve ser protegida com produtos barreira (espuma ou spray) e restaurada com produtos hidratantes como creme barreira para hidratar, mas não saturar a pele (Qiao & Banharak, 2023). Por último, deve-se avaliar os resultados das intervenções aplicadas (última etapa do processo de enfermagem) a cada pessoa com DAI com o objetivo verificar melhoria das lesões e das necessidades da pessoa com DAI (Qiao & Banharak, 2023).

Com a apresentação do infográfico tornou-se possível adaptar os conhecimentos e a investigação identificados ao contexto local (Graham et al., 2006). O desenvolvimento desta ferramenta, teve como finalidade **desenvolver práticas de qualidade**, identificando uma oportunidade de melhoria e utilizando instrumentos adequados para a avaliação das práticas e, assim, **colaborar num programa de melhoria contínua** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Com este projeto aprendi a integrar a evidência na prática e a transmitir estes conhecimentos através de diferentes formas de apresentação/divulgação aos pares. Com vista a uniformizar a abordagem à pessoa com DAI, demonstrando que a DAI é um problema presente e emergente e que a disciplina de enfermagem consegue dar resposta.

4. Conclusão

Reconhecendo a complexidade da DAI e os impactos físicos, psicológicos e emocionais causados por essa condição, tornou-se evidente a importância de considerar a pessoa de forma holística, valorizando suas necessidades individuais.

A incontidência, como condição crônica, exige uma abordagem centrada no cuidado e na prevenção de complicações, destacando a intervenção do enfermeiro. A aplicação de instrumentos de avaliação específicos permite ajustar estratégias de prevenção e tratamento, promovendo melhores resultados clínicos e uma maior qualidade de vida para as pessoas.

No âmbito da gestão de cuidados, ficou evidente que a atuação eficaz na abordagem da DAI requer, não apenas competências técnicas, mas também uma liderança eficiente na organização e coordenação das equipas de saúde. A formação contínua das equipas é essencial para garantir práticas baseadas na evidência e a implementação de protocolos que promovam a prevenção e o tratamento adequado da DAI.

O estudo realizado não apenas sublinha, apenas, a necessidade de intervenções diligentes e personalizadas, mas também ressalta o compromisso em contribuir para o avanço do conhecimento e para a excelência do cuidado em enfermagem, especialmente em populações vulneráveis como os idosos hospitalizados.

Ao longo deste relatório sinto que progredi em termos pessoais e profissionais. Pela visão de Patricia Benner julgo ter atingido o patamar de Proficiente, dado que pensei em cada situação como um todo. Utilizei a experiência adquirida e as competências desenvolvidas para reconhecer problemas e atuar conforme as necessidades sentidas ao longo deste percurso.

Durante o percurso clínico atravessei algumas adversidades, no entanto, a resiliência colmatou os percalços e vislumbrando as competências comuns de enfermeiro especialista julgo ter desenvolvido aptidão e experiências nos quatro domínios. Pese, embora, que nas competências do domínio da gestão dos cuidados, julgo ter margem para continuar a desenvolver-me.

Por ser uma área de interesse pessoal faço intenção de fazer publicações futuras sobre a temática e dar continuidade ao trabalho desenvolvido até ao momento.

Referências Bibliográficas

Abdolrahimi, M., Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M., & Ebadi, A. (2017). Therapeutic communication in nursing students: A Walker & Avant concept analysis. *Electronic physician*, 9(8), 4968–4977. <https://doi.org/10.19082/4968>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). Centros de Responsabilidade Integrados. <https://www.acss.min-saude.pt/2020/07/28/centros-de-responsabilidade-integrados/>

Alavi, A., & Maibach, H. (2020). Local Wound Care for Dermatologists. *Updates in Clinical Dermatology*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-28872-3>

Alves, P., Moura, A., Vaz, A., Afonso, G., Ramos, P., Gonçalves, V., & Pinto, M. (2021). *Pele: o “templo” que nos identifica e protege*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. ISBN 9789895477098. <https://www.aptferidas.com/Ficheiros/White%20Paper/APTFeridas%20-%20WhitePaper%20Pele.pdf>

Anekar, A., Hendrix, J., & Cascella, M. (2023). WHO Analgesic Ladder. *StatPearls Publishing*. <https://www.statpearls.com/point-of-care/31358#/>

Bakerjian, D. (2022). The Advanced Practice Registered Nurse Leadership Role in Nursing Homes: Leading Efforts Toward High Quality and Safe Care. *Nursing Clinics of North America*. 57(2), 245–258. W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2022.02.011>

Banharak, S., Panpanit, L., Subindee, S., Narongsanoi, P., Sanun-Aur, P., Kulwong, W., Songtin, P. & Khemphimai, W. (2021). Prevention and care for incontinence-associated dermatitis among older adults: A systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (Vol. 14, pp. 2983–3004). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S329672>

Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital quarterly*, 7(1), 73–82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>

Beeckman D., Van den Bussche K., Alves P., Beele H., Ciprandi G., Coyer F., de Groot T., De Meyer D., Dunk A.M., Fourie A., García-Molina P., Gray M., Iblasi A., Jelnes R.,

Johansen E., Karadag A., LeBlanc K., Kis Dadara Z., Long M.A., Meaume S., ... Kottner J. (2017). The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). *Skin Integrity Research Group*. Ghent University. https://images.skintghent.be/201849155917938_globiadportuguese.pdf

Beeckman, D. (2017). A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *Journal of Tissue Viability*, 26(1), 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.02.004>

Beeckman, D., Campbell, J., Campbell, K., Chimentão, D., Coyer, F, Domansky, R., Gray, M., Hevia, H., Junkin, J., Karadag, A., Kottner, J., Long, M., McNichol, L., Meaume, S., Nix, D., Sabasse, M., Sanada, H., Yu, P., Voegeli, D., & Wang, L. (2015). Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International*. <https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward>

Beele, H., Smet, S., van Damme, N., & Beeckman, D. (2017). Incontinence-Associated Dermatitis: Pathogenesis, Contributing Factors, Prevention and Management Options. *Drugs and Aging*, 35(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s40266-017-0507-1>

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto. p. 49-63

Bhatt, P. (2023). Back to basics: essential holistic nursing care. *British Journal of Community Nursing*, 28(Sup9), S5–S6. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2023.28.Sup9.S5>

Bruckner-Tuderman, L. (2020). Skin fragility: Perspectives on evidence-based therapies. In *Acta Dermato-Venereologica* (Vol. 100, Issue 2). Medical Journals/Acta D-V. <https://doi.org/10.2340/00015555-3398>

Cabete, J., & Martins, I. A. (2023). Guidelines for the Management of Patients with Hidradenitis Suppurativa. *Acta Medica Portuguesa*, 36(2), 133–139. <https://doi.org/10.20344/amp.18916>

Calzavara-Pinton, P. G. (2013). Commentary: Daily care of aged skin. In *British Journal of Dermatology* (Vol. 169, Issue 3, p. 491). <https://doi.org/10.1111/bjd.12538>

Campbell, J. L., Coyer, F. M., & Osborne, S. R. (2015). The Skin Safety Model: Reconceptualizing Skin Vulnerability in Older Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 14-22. <https://doi.org/10.1111/jnu.12176>

Canadian Nurses Association (2019). Advanced Nursing Practice - A Pan-Canadian Framework. *Canadian Nurses Association*. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Advanced_Practice_Nursing_framework_EN.pdf

Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)

Castro, M., Fuly, P., Santos, M., & Chagas, M. (2021). Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 42, e20200311. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>

Corcoran, K. E., Webster, P., & Catanzaro, J. (2017). Perineal skin care considerations. In *Clinical Application of Urologic Catheters, Devices and Products* (pp. 221-235). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-14821-2_8

Correia, A. (2023). Intervenção especializada de enfermagem na prevenção, avaliação e tratamento da dermatite associada à incontinência na pessoa idosa (Relatório de estágio). <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:comum.rcaap.pt:10400.26/44623>

D'Ancona, C., Haylen, B., Oelke, M., Abranches-Monteiro, L., Arnold, E., Goldman, H., Hamid, R., Homma, Y., Marcelissen, T., Rademakers, K., Schizas, A., Singla, A., Soto, I., Tse, V., de Wachter, S., & Herschorn, S. (2019). The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 38(2), 433-477. <https://doi.org/10.1002/nau.23897>

de Almeida Medeiros, A. B., de Queiroz Frazão, C. M. F., de Sá Tinôco, J. D., Nunes de Paiva, M. das G. M., de Oliveira Lopes, M. V., & Brandão de Carvalho Lira, A. L. (2014).

Venous ulcer: risk factors and the Nursing Outcomes Classification. *Investigación y Educación En Enfermería*, 32, 252–259. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n2a08>

de Souza Leal, T., Gonçalves de Oliveira, B., dos Santos Bomfim, E., Leite Figueredo, N., dos Santos Souza, A., & Cardoso Santos, I. S. (2017). Perception of People with Chronic Wound. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 11(3), 1156–1162. <https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201705>

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Presidência do Conselho de Ministros. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 157 de 16 de agosto de 2018), 4162-4165. ELL: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Direção Geral de Saúde (2006). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas. Lisboa. 15-16. Acedido a 16 de março de 2023 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Dissemond, J., Assenheimer, B., Bültemann, A., Gerber, V., Gretener, S., Kohler-von Siebenthal, E., Koller, S., Kröger, K., Kurz, P., Läuchli, S., Münter, C., Panfil, E. M., Probst, S., Protz, K., Riepe, G., Strohal, R., Traber, J., & Partsch, H. (2016). Compression therapy in patients with venous leg ulcers. In *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology* (Vol. 14, Issue 11, pp. 1073–1089). Wiley-VCH Verlag. <https://doi.org/10.1111/ddg.13091>

Domínguez, M., Ortiz, B., Masi, M., Domínguez, O., & Lezcano, L. (2016). Dermatoporosis, an emerging disease: case report. *Our Dermatology Online*, 7(2), 191–194. <https://doi.org/10.7241/ourd.20162.52>

Duarte, G., Medeiros, A., Vasconcelos, C., Silva, G., Andrade, E. (2022) Conhecimento de enfermeiros sobre dermatite associada à incontinência em um hospital de ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 43(1-10). <https://doi.org/10.1590/19831447.2022.20210326.pt>

Edwards, N., Davies, B., Ploeg, J., Virani, T., & Skelly, J. (2007). Implementing nursing best practice guidelines: Impact on patient referrals. *BMC Nursing*, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-6-4>

Esparza, A. O., Tomás, M. Á. C., & Pina-Roche, F. (2018). Experiences of women and men living with urinary incontinence: A phenomenological study. *Applied Nursing Research*, 40, 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.007>

Feo, R., Conroy, T., Alderman, J., & Kitson, A. (2017). Implementing fundamental care in clinical practice. *Nursing Standard*, 31(32), 52–62. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10765>

Frykberg, R. G., & Banks, J. (2015). Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. *Advances in Wound Care*, 4(9), 560–582. <https://doi.org/10.1089/wound.2015.0635>

Gibson, W., Johnson, T., Kirschner-Hermanns, R., Kuchel, G., Markland, A., Orme, S., Ostaszkiwicz, J., Szonyi, G., Wyman, J., & Wagg, A. (2021). Incontinence in frail elderly persons: Report of the 6th International Consultation on Incontinence. In *Neurourology and Urodynamics* (Vol. 40, Issue 1, pp. 38–54). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/nau.24549>

Godinho, N. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>

Gray, M., Beeckman, D., Bliss, D. Z., Fader, M., Logan, S., Junkin, J., ... Kurz, P. (2012). Incontinence-Associated Dermatitis. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 39(1), 61–74. <https://doi.org/10.1097/won.0b013e31823fe246>

Grden, C. R. B., Martins, A. R., Cabral, L. P. A., Reche, P. M., Arcaro, G., Brasil, D., & Bordin, D. (2020). Incontinence associated dermatitis in elderly people admitted to a university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0374>

Grden, C., Ivastcheschen, T., Cabral, L., Reche, P., Oliveira, D., & Bordin, D. (2019). Skin injuries in hospitalized elderly. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. https://doi.org/10.30886/estima.v16.639_in

Harries, R. L., Bosanquet, D. C., & Harding, K. G. (2016). Wound bed preparation: TIME for an update. *International Wound Journal*, 13, 8–14. <https://doi.org/10.1111/iwj.12662>

Hödl, M., Eglseder, D., & Lohrmann, C. (2019). Clinical utility of the German Ghent Global IAD Categorization tool including incontinence-associated dermatitis prevalence and categories. *International Journal of Urological Nursing*, 13(2), 57–62. <https://doi.org/10.1111/ijun.12185>

Holroyd, S. (2021). Moisture-associated skin damage caused by incontinence. *Journal of Community Nursing*, 35(4), 58–64. <https://www.ucc-today.com/journals/issue/launch-edition/article/moisture-associated-skin-damage-incontinence>

Hylands-White, N., Duarte, R. V., & Raphael, J. H. (2016). An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatology International*, 37(1), 29–42. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3481-8>

Ichikawa-Shigeta, Y., Sugama, J., Sanada, H., Nakatani, T., Konya, C., Nakagami G, Minematsu, T., Yusuf, S., Supriadi, & Mugita, Y. (2014). Physiological and appearance characteristics of skin maceration in elderly women with incontinence. *Journal of Wound Care*, 23(1), 18–30. <https://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.1.18>

Ielapi, N., Costa, D., Peluso, A., Nobile, C., Venditti, V., Bevacqua, E., Andreucci, M., Bracale, U. M., & Serra, R. (2022). Wound Care Self-Efficacy Assessment of Italian Registered Nurses and Wound Care Education in Italian Nursing Education System: A Cross-Sectional Study. *Nursing Reports*, 12(3), 674–684. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030067>

Instituto Nacional de Estatística (2014). Inquérito Nacional de Saúde. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística (2018). Consultas médicas nas consultas externas (N.º) dos hospitais. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0002906&lingua=PT

Instituto Nacional de Estatística (2020). Projeções de População Residente 2018-2080.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

International Council of Nurses (ICN). (2019). ICNP Browser. https://www.icn.ch/icnp_browser

Johner, K., & Neto, C. F. G. (2021). Analysis of risk factors for skin aging: nutritional aspects. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 10000–10018. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-035>

Katoh, N., Tennstedt, D., Abellan van Kan, G., Saint Aroman, M., Loir, A., Bacqueville, D., Duprat, L., Guiraud, B., Bessou-Touya, S., & Duplan, H. (2018). Gerontodermatology: the fragility of the epidermis in older adults. In *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* (Vol. 32, pp. 1–20). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jdv.15253>

Kerr, A., Arrowsmith, M., Young, S., & Jaimes, H. (2014). *Evaluation of a skin barrier cream for managing IAD in elderly patients using high-frequency ultrasound*. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.12.585>

Khandelwal, C., & Kistler, C. (2013). Diagnosis of urinary incontinence. *American family physician*, 87(8), 543–550. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2013/0415/p543.html>

Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>

Kon, Y., Ichikawa-Shigeta, Y., Iuchi, T., Nakajima, Y., Nakagami, G., Tabata, K., Sanada, H., & Sugama, J. (2017). Effects of a Skin Barrier Cream on Management of Incontinence-Associated Dermatitis in Older Women: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 44(5), 481–486. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000353>

Koskenniemi, J., Leino, K. H., Puukka, P., & Suhonen, R. (2019). Respect and its associated factors as perceived by older patients. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(21/22), 3848–3857. <https://doi.org/10.1111/jocn.15013>

Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio Medica*, 26(1), 65. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>

Kusmaul, N., Miller, V. J., & Cheon, J. H. (2022). Family member roles in long term care: Lessons for the future from COVID-19. *Journal of Aging Studies*, 62. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101060>

Lizarelli, R. F. Z., Grandi, N. D. P., Florez, F. L. E., Grecco, C., & Lopes, L. A. (2015). Clinical study on orofacial photonic hydration using phototherapy and biomaterials. *Biophotonics South America*. <https://doi.org/10.1117/12.2181132>

Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 1. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.001>

Lumbers, M. (2019). How to manage incontinence-associated dermatitis in older adults. *British Journal of Community Nursing*, 24(7), 332–337. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.7.332>

Martínez, N., Connelly, C. D., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>

McCormack, B. (2019). My Vision for Person-centred Nursing. *Projetar Enfermagem*, 2, 6-12. https://www.projetarenfermagem.com/_files/ugd/4e34d8_d83ba112a443410eaeaa1dfe179289e9.pdf

McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

McNichol, L. L., Ayello, E. A., Phearman, L. A., Pezzella, P. A., & Culver, E. A. (2018). Incontinence-Associated Dermatitis: State of the Science and Knowledge Translation.

Advances in Skin & Wound Care, 31(11), 502–523.
<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000546234.12260.61>

Moreno-Monsiváis, M. (2019). Practice based on scientific evidence as the foundation of clinical practice. In *Aquichan* (Vol. 19, Issue 3). Universidad de La Sabana.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.3.1>

Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care*.
[https://www.researchgate.net/publication/295856057_What_is_the_economic_impacts_of_integrated_care](https://www.researchgate.net/publication/295856057_What_is_the_evidence_on_the_economic_impacts_of_integrated_care)

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. Cadernos OE, Série I. N.º1. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-9-5.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Organização Mundial da Saúde (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Irritant Contact Dermatitis Due to Incontinence. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/326384712>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators. *OECD Publishing*. Paris. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Palomar-Llatas, F., Burgos-Frau, R., Sánchez-Salvador, A., Parreño-López, N., Pinilla-Salcedo, N., Martínez-Marín, M., et al. (2019). Prevalencia de envejecimiento cutáneo crónico (dermatoporosis) en ancianos institucionalizados de centros sociosanitarios de Valencia. *Enferm Dermatol*. 13(38): 48-54. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3575030>

Pasricha, T., & Staller, K. (2021). Fecal Incontinence in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 37(1), 71–83. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.08.006>

Patrizi, A., Raone, B., & Ravaioli, G. M. (2015). Management of atopic dermatitis: safety and efficacy of phototherapy. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 8, 511–520. <https://doi.org/10.2147/CCID.S87987>

Pergolizzi, J. v., Raffa, R. B., & Rosenblatt, M. H. (2020). Opioid withdrawal symptoms, a consequence of chronic opioid use and opioid use disorder: Current understanding and approaches to management. In *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* (Vol. 45, Issue 5, pp. 892–903). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jcpt.13114>

Perry, C., Atkinson, R. A., Griffiths, J., Wilson, P. M., Lavallée, J. F., Cullum, N., & Dumville, J. C. (2023). Barriers and facilitators to use of compression therapy by people with venous leg ulcers: A qualitative exploration. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 79(7), 2568–2584. <https://doi.org/10.1111/jan.15608>

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temático* (10), 27–39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>

Qiao, G., & Banharak, S. (2023). Incontinence-Associated Dermatitis in Older Intensive Care Patients: A Review and Case Report. In *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (Vol. 16, pp. 3299–3308). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S434275>

Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2018). Self-Awareness in Nursing: A Scoping Review. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>

Rathod, D. G., Muneer, H., & Masood, S. (2023). Phototherapy. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563140/>

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. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018, 19368-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Reicherter, E. A., Gordes, K. L., Glickman, L. B., & Hakim, E. W. (2013). Creating disseminator champions for evidence-based practice in health professions education: An educational case report. *Nurse Education Today*, 33(7), 751–756. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.12.003>

Rostkowska, E., Poleszak, E., Wojciechowska, K., & Dos Santos Szewczyk, K. (2023). Dermatological Management of Aged Skin. *Cosmetics*, 10(2), 55. <https://doi.org/10.3390/cosmetics10020055>

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º CLE (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas, *Percursos*, 15, 1–37. Acedido a 20/04/2023 em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sabat, R., Jemec, G. B. E., Matusiak, Ł., Kimball, A. B., Prens, E., & Wolk, K. (2020). Hidradenitis suppurativa. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0149-1>

Salomé, G. M., Rocha, C. A. da, Miranda, F. D., Alves, J. R., Dutra, R. A. A., & Tenório, A. G. (2020). Algorithms for prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. https://doi.org/10.30886/estima.v18.837_in

Silva, A. (2017). Prevalência de dermatite associada à incontinência. Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35952/1/202551954.pdf>

Schon, D. A., & DeSanctis, V. (1986). The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. *The Journal of Continuing Higher Education*, 34(3), 29–30. <https://doi.org/10.1080/07377366.1986.10401080>

Strehlow, B., Fortes, V., & Amarante, M. (2018). Incontinence-Associated Dermatitis in Hospitalized Elderly Patients: Nurses' Self-Reported Knowledge / Dermatite Associada

à Incontinência em Idosos Hospitalizados: Conhecimento Autorreferido de Enfermeiros. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(3), 801–809. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.801-809>

Sugama, J., Sanada, H., Shigeta, Y., Nakagami, G., & Konya, C. (2012). Efficacy of an improved absorbent pad on incontinence-associated dermatitis in older women: Cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-22>

Talley, K. M. C., Davis, N. J., Peden-McAlpine, C., Martin, C. L., Weinfurter, E. v., & Wyman, J. F. (2021). Navigating through incontinence: A qualitative systematic review and meta-aggregation of the experiences of family caregivers. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 123). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104062>

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Education*, 45 (6). 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

U.S. Department Of Health And Human Services (2012). Managing Chronic Pain in Adults With or in Recovery From Substance Use Disorders. *TIP 54 Managing Chronic Pain in Adults With or in Recovery From Substance Use Disorders*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92048/pdf/Bookshelf_NBK92048.pdf

Voegeli, D. (2017). Prevention and management of incontinence-associated dermatitis. *British Journal of Nursing*, 26(20), 1128–1132. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.20.1128>

Voegeli, D. (2018). Incontinence-associated dermatitis: management. *Nursing & Residential Care*, 20(10), 506–512. <https://doi.org/10.12968/nrec.2018.20.10.506>

Voegeli, D., & Hillery, S. (2021). Prevention and management of moisture-associated skin damage. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 30(15), S40–S46. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.15.S40>

Wagner, H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4.

Whittemore, R. (2005). Analysis of Integration in Nursing Science and Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(3), 261–267. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00045.x>

Wollina, U., Lotti, T., Vojvotic, A., & Nowak, A. (2019). Dermatoporosis - The Chronic Cutaneous Fragility Syndrome. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(18), 3046–3049. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.766>

Woo, K. Y., Beeckman, D., & Chakravarthy, D. (2017). Management of Moisture-Associated Skin Damage. *Advances in Skin & Wound Care*, 30(11), 494–501. <https://doi.org/10.1097/01.asw.0000525627.545>

Yates, A. (2018). Incontinence-associated dermatitis in older people: prevention and management. *British Journal of Community Nursing*, 23(5), 218–224. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.5.218>

Zouboulis, C. C., Ganceviciene, R., Liakou, A. I., Theodoridis, A., Elewa, R., & Makrantonaki, E. (2019). Aesthetic aspects of skin aging, prevention, and local treatment. *Clinics in Dermatology*, 37(4), 365–372. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2019.04.002>