

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DA
URGÊNCIA AOS CUIDADOS DIFERENCIADOS:**

Prevenção da úlcera por pressão

Cláudia Cristina Alves de Sousa

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2017

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DA
URGÊNCIA AOS CUIDADOS DIFERENCIADOS:**

Prevenção da úlcera por pressão

Cláudia Cristina Alves de Sousa

Orientador: Prof.^a Doutora Luísa Santos

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2017

Só fazemos melhor aquilo que repetidamente insistimos em melhorar. A busca da excelência não deve ser um objetivo, mas sim, um hábito.

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

Finalizado este trabalho, gostaria de agradecer a todas as pessoas e entidades que direta ou indiretamente contribuíram para o seu desenvolvimento.

Agradeço aos docentes da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny pela propagação de conhecimentos teóricos, práticos e humanos, que permitiram o desenvolvimento profissional e o crescimento pessoal. Um agradecimento especial à Professora Orientadora Doutora Luísa Santos, que apesar de se desdobrar em inúmeras funções, apresentou disponibilidade para nortear o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Saliento a importância dos enfermeiros da prática, que ao longo dos estágios partilharam os seus conhecimentos e experiências. Agradeço pela receptividade e pela contribuição para o meu desenvolvimento profissional.

Aos meus colegas, que comigo realizaram este percurso, um muito obrigada pela amizade, entajuda e apoio ao longo destes 18 meses.

Aos meus amigos agradeço a compreensão e o apoio em todos os momentos.

Agradeço aos meus pais por serem os meus maiores motivadores na procura de conhecimento e crescimento pessoal. Obrigada por serem o meu suporte basilar, pelos valores transmitidos, e pelo apoio contínuo na demanda de novos desafios.

Ao meu namorado, agradeço a compreensão da minha ausência, a motivação e o apoio em todos os momentos da nossa vida e especificamente neste percurso.

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

O presente relatório insere-se no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e pretende demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica.

Relata o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica através de uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas nos estágios I – Urgência, II – Cuidados Intensivos, III – Opção, que decorreram no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Nélio Mendonça, e na Unidade de Cuidado Intensivos Polivalente da Urgência do Centro Hospitalar de São João, respetivamente.

Suportado numa metodologia descritiva, apresenta o espírito crítico-reflexivo que impulsiona um percurso de aprendizagem especializada focado na prevenção das úlceras por pressão na pessoa em situação crítica.

O relatório mostra o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas diferenciadas em contextos formativos de referência.

Enfatiza a importância da intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na prevenção das úlceras por pressão, foco relevante na prevenção de complicações em clientes com instabilidade hemodinâmica e/ou falência multiorgânica.

Como resultado e sob um olhar especializado apresenta um plano de cuidados de enfermagem dirigido ao risco de úlceras por pressão na pessoa em situação crítica.

Palavras-Chave: Enfermagem, Doente Crítico, Prevenção, Úlcera por Pressão.

ABSTRACT

This report is part of the 1st Masters Course in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny and aims to demonstrate the development of specialized skills in caring for the person in critical situation.

It reports on the development of the common and specific competences of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing through a critical reflection of the activities developed in the internships I - Urgency, II - Intensive Care, III - Option, which took place in the Emergency Department and in the Intensive Care Unit of Hospital Dr. Nélio Mendonça, and in the Multipurpose Intensive Care Emergency Unit of Centro Hospitalar de São João, respectively.

Supported in a descriptive methodology, it presents the critical-reflexive spirit that propels a specialized learning course focused on the prevention of pressure ulcers in the patient in critical condition.

The report shows the development of differentiated scientific, technical, ethical-deontological and human competences in formative reference contexts.

Emphasizes the importance of the intervention of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the prevention of pressure ulcers, a relevant focus in the prevention of complications in patients with hemodynamic instability and / or multiorgan failure.

As a result, and under a specialized view, it presents a nursing care plan directed at the risk of pressure ulcers in the critically ill patient.

Keywords: Nursing, Critical Patient, Prevention, Pressure Ulcer.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

APNEP - Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica

APTF - Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DAE - Desfibrilhador Automático Externo

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

Doi - *Digital Object Identifier*

Dr. - Doutor/a

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

ELSO - *Extracorporeal Life Support Organization*

EPI - Equipamento de Proteção Individual

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

ESPEN - *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*

EV - Endovenoso

g - Grama

HTA - Hipertensão Arterial

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICE - Investigação Científica em Enfermagem

IMC - Índice de Massa Corporal

Kg - Quilograma

LPP - Lesão por Pressão

ml - mililitros

MRMI - *Medical Response to Major Incidents*

MRSA - *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*

n.º - número

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

NRS - *Nutritional Risk Screening*

°C - Graus Celsius

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo da Infecção

PCR - Paragem Córdio-Respiratória

PICCO - *Pulse Index Continuous Cardiac Output*

pp. - páginas

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

RAM - Região Autónoma da Madeira

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV - Suporte Avançado de Vida

SDRA - Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto

SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

TENS - *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*

TISS - *Therapeutic Intervention Scoring System*

TOT - Tubo Orotraqueal

UCIPU - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

UPP - Úlcera por Pressão

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I – CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	19
1.1 Prevenção da Úlcera por Pressão: Foco de Atenção do Enfermeiro	22
CAPÍTULO II – DE GENERALISTA A ESPECIALISTA: UM PERCURSO NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	37
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	42
2.1.1. Dos princípios éticos à responsabilidade profissional	42
2.1.2. Da melhoria da qualidade à gestão dos cuidados	46
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica.....	53
2.2.1 A complexidade do cuidar no doente crítico	54
2.2.2 A dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.....	74
2.2.3. A intervenção na prevenção e controlo da infeção	76
CAPÍTULO III – O OLHAR ESPECIALIZADO NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	85
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	i
ANEXO A – Certificado de aprovação do Curso de <i>Medical Response to Major Incidents (MRMI)</i>	iii

INTRODUÇÃO

A enfermagem, como ciência do cuidar, tem evoluído ao longo do tempo, potenciando uma prestação de cuidados centrada no cliente e na qualidade das intervenções realizadas. É uma profissão que dignifica o cuidar humano, onde são prestados cuidados de saúde holísticos. Tem como principal objetivo prestar cuidados de qualidade tendo em vista ganhos em saúde, fundamentando as intervenções implementadas na teoria e na prática baseada na evidência. Centra-se não apenas nas necessidades básicas do cliente, mas também em todas as outras que influenciam a sua vida e a sua saúde. Os cuidados de enfermagem permitem, além da resolução das situações de enfermidade, a manutenção da saúde dos clientes através da prevenção primária, secundária e terciária.

Os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências designadas de comuns, que se encontram agrupadas em responsabilidade profissional, ética e jurídica, gestão da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens. Cada ramo de especialidade possui ainda características distintas e assim também, competências distintas.

Tendo em vista o desenvolvimento de competências específicas em enfermagem, surge o 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Este curso, segundo o Regulamento n.º 8046/2015, visa desenvolver competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas diferenciadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Sendo o doente crítico o foco de atenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é essencial defini-lo segundo a entidade que regula a profissão.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE), segundo o Regulamento n.º124/2011,

os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (p.1).

O enfermeiro especialista no cuidar da pessoa em situação crítica cuida do indivíduo que vivencia situações complexas de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, passando pela prevenção de outras complicações, conforme descrito no regulamento previamente citado. Presta cuidados nos contextos onde se encontra o doente crítico, desde

o pré-hospitalar até ao momento da alta clínica, potenciando a transição saúde/doença, tendo em vista a sua recuperação.

A demanda pela qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem centra-se numa intervenção prática, que exige um contínuo aperfeiçoamento das competências teóricas. É prioritária a atualização de conhecimentos para que se possa desenvolver uma prática profissional mais complexa, especializada e exigente, proporcionando cuidados personalizados face às necessidades dos clientes (Fonseca, 2015).

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), de acordo com o Decreto-Lei n.º 161/1996 preconiza que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (p.5). Este regulamento encontra-se atualmente em anexo ao abrigo da Lei n.º 156/2015, que procede à alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

O Código Deontológico do Enfermeiro aprovado pela Lei n.º 156/2015 refere que o enfermeiro deverá “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 5).

Denota-se assim a importância da formação contínua em enfermagem, com complementaridade entre o conhecimento teórico e prático.

No desenvolvimento de competências procedeu-se à consecução da parte teórica através das unidades curriculares preconizadas em plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica aliadas à experiência profissional já possuída. Procedeu-se ainda à realização do ensino clínico em contextos distintos (Urgência, Cuidados Intensivos e Opção) que permitiu aprofundar conhecimentos e aplicá-los, possibilitando a evolução tanto profissional como pessoal do aluno, dotando-o das competências comuns e específicas de cada domínio para o cuidar da pessoa em situação crítica.

Este relatório pretende assim, ser um instrumento para a arguência do desenvolvimento de competências especializadas, face ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Tem como objetivos específicos: fundamentar as competências especializadas, comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas; advogar o título de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica com especial ênfase no cuidar para a prevenção da úlcera por pressão; demonstrar o espírito crítico e reflexivo sobre situações vivenciadas; e relatar as competências adquiridas em função das atividades realizadas ao longo dos ensinos clínicos.

A temática das úlceras por pressão (UPP) surge por interesse pessoal na área da viabilidade tecidular, complementada com o percurso académico que tem sido desenvolvido, através da realização de formações avançadas nesta área. Sucede a estes fatores, os valores de prevalência que esta problemática tem apresentado em estudos científicos. Embora em Portugal os estudos relativamente à incidência e prevalência de UPP sejam limitados, por toda a Europa e no continente americano, desenvolvem-se frequentemente estudos que permitem suportar a afirmação de que as UPP são um problema internacional com cada vez mais relevância na prestação de cuidados de qualidade.

Pinto (2015) registou no seu estudo uma prevalência de UPP de 34%, o que reforça a necessidade de intervenção nesta área, nomeadamente na prevenção.

A importância desta temática é realçada por ser um dos nove Objectivos Estratégicos delineados pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 no Despacho n.º1400-A/2015, como resposta às orientações europeias no que concerne à segurança nos sistemas de saúde. O objetivo proposto neste plano para atingir até 2020 será de que “95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementem práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão” e “reduzir em 50% face a 2014 o número de UPP adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde” (p. 3882 - 3883).

Denota-se assim a importância desta temática não só no panorama nacional, mas também internacional, através do desenvolvimento de estudos e recomendações por várias entidades, entre as quais se encontram o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP).

Este relatório consistirá em três capítulos. No primeiro será desenvolvida uma contextualização temática sobre as UPP como foco dos cuidados de enfermagem, bem como uma breve abordagem do Modelo Teórico das Transições de Afaf Meleis, aplicado no desenvolvimento das competências ao longo do ensino clínico. O segundo capítulo abordará o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de uma metodologia crítica e reflexiva. O terceiro capítulo abordará o cuidar da pessoa em situação crítica na prevenção de UPP através do olhar especializado do enfermeiro, pretendendo-se identificar, compreender e aprimorar a abordagem e intervenção do enfermeiro especialista no doente crítico em risco de desenvolver UPP, através da atuação na prevenção, na identificação de fatores de risco associados e na intervenção de modo a minimizá-los. A finalizar, uma conclusão, onde são focados os aspetos principais do trabalho desenvolvido.

Ao longo da descrição das competências adquiridas mediante as atividades desenvolvidas será tido em conta o Decreto-Lei n.º74/2006, que aprovou o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Neste documento encontra-se preconizada a atribuição do grau de Mestre aos estudantes que, demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, na realização de tomadas de decisão, na comunicação e na auto-aprendizagem.

A metodologia utilizada será fundamentalmente descritiva com recurso à pesquisa bibliográfica científica, em livros e bases de dados para suportar o ensino clínico, permitindo o desenvolvimento das competências estipuladas.

A formatação do trabalho segue as normas preconizadas pela Instituição para a realização de trabalhos académicos (Jardim, 2015). Ao longo do relatório será utilizada a norma da *American Psychological Association* (APA) sexta edição (2010), reconhecida pelas comunidades científicas como meio de tratamento de fontes e citações bibliográficas.

CAPÍTULO I – CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Com o desenvolvimento social, técnico, humano e científico verificado ao longo do tempo, a enfermagem alcançou, como ciência, o conhecimento teórico e prático que através da evidência científica permite a prestação de cuidados holísticos. O cuidar em enfermagem desenrola-se nos mais variados contextos, abrangendo uma multiplicidade de clientes e de intervenções. A diferenciação dos cuidados e a especificidade da prestação de cuidados em diferentes áreas da saúde revela-se essencial na individualização das intervenções implementadas.

Com as especializações em enfermagem, a prestação de cuidados centra-se no cliente e sua família inseridos em contextos específicos, originando a diferenciação de competências dos enfermeiros.

Verifica-se atualmente um aumento da complexidade e do número de doenças súbitas, de agudização de doenças crónicas, de acidentes, de violência e de catástrofes naturais, que podem rapidamente levar à morte se não se implementarem medidas de suporte de vida. É essencial que existam profissionais qualificados no atendimento destes clientes e famílias, tanto a nível intra, como pré e pós-hospitalar. A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa neste sentido o cuidar da pessoa em situação crítica, com o objetivo de resolver situações complexas de doença crítica e falência multiorgânica, de acordo com o Regulamento n.º124/2011. Os enfermeiros especialistas nesta área tornam-se assim um elemento fundamental na resposta às necessidades específicas do cliente adulto e idoso em estado crítico através da implementação de cuidados seguros e qualificados (Camelo, 2012).

O despoletar da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica decorre muitas vezes em meio pré-hospitalar, através das equipas de emergência que atuam na comunidade. A admissão no meio hospitalar é realizada através do serviço de urgência (SU), que cuida do doente crítico no período imediato, encaminhando posteriormente para serviços diferenciados, de acordo com as características e necessidades dos clientes. Um dos serviços que geralmente admite estes clientes são as unidades de cuidados intensivos, fundamentais na manutenção vital e na realização de procedimentos e técnicas complexas, geralmente de carácter invasivo. A monitorização contínua e a vigilância destes clientes são fundamentais para que os *outcomes* sejam positivos no que concerne à recuperação de saúde, bem como no despiste de instabilidades ou complicações. Durante a hospitalização, é frequentemente mantido o repouso destes clientes como medida essencial para o tratamento e recuperação, até se atingir a estabilidade hemodinâmica.

As medidas de tratamento implementadas no período inicial de instabilidade prejudicam muitas vezes um dos importantes mecanismos de manutenção da integridade da pele: a mobilização no leito (Serpa, Santos, Campanili & Queiroz, 2011). Esta imobilidade, associada a outros fatores de risco, predispõe estes clientes ao aparecimento de UPP.

Esta declaração é suportada por Borghardt, Prado, Bicudo, Castro e Brigunte (2016), no sentido em que os clientes de unidades de cuidados intensivos são os mais “desfavorecidos” no que concerne à manutenção da integridade da pele desde o primeiro dia de internamento, possuindo alto risco de dano cutâneo, principalmente pela limitação da atividade física e mobilidade.

Assim, as UPP surgem como foco de atenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, atuando preferencialmente na sua prevenção desde o momento de admissão, tendo em vista a prestação de cuidados seguros e de qualidade que se verifiquem através da redução das taxas de incidência e prevalência. Seguidamente será apresentada a prevenção da UPP como aspeto essencial do cuidar em enfermagem.

1.1 Prevenção da Úlcera por Pressão: Foco de Atenção do Enfermeiro

No ano transato foi proposta a alteração da terminologia que designava “úlceras por pressão” para “lesão por pressão” (LPP) pelo comité americano NPUAP, correspondendo esta então a “um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente geralmente sobre proeminência óssea”, podendo ainda estar relacionada a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo (Moraes *et al.*, 2016, p.2295).

No entanto, segundo parecer emitido pelo EPUAP (2016) e pela ELCOS Sociedade Portuguesa de Feridas (2016), opta-se por manter a denominação de “úlceras por pressão”, uma vez que a úlcera se associa a uma causa externa, agregando fatores intrínsecos dos indivíduos, solicitando uma abordagem dirigida aos danos na pele e mucosas, com intenção de cicatrização, enquanto “lesão” adquire uma abrangência mais genérica, relacionando-se com danos nos tecidos e órgãos em geral. Neste sentido, a expressão “úlceras por pressão” alcança uma ideia de responsabilidade, uma vez que “identifica uma ferida em tecido cutâneo ou mucoso, provocada por causa da pressão, pressão essa autorizada, permitida, consentida, exercida.” (ELCOS, 2016, p. 1).

Tendo em conta a mudança de terminologia e a problemática apresentada, optou-se por utilizar o termo “úlceras de pressão”, uma vez que a mudança formalizada pelos comités europeus e nacionais ainda não se verificou.

As UPP são definidas como áreas localizadas de necrose celular, que se desenvolvem sobre proeminências ósseas, expostas à pressão por um período suficiente de tempo para causar isquemia tecidual (Gomes, Bastos, Matozinhos, Temponi & Velásquez-Meléndez, 2010).

O NPUAP/EPUAP (2014) define UPP como uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.

Segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2016), úlcera de pressão é um “dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada” (p.89).

As elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, demonstram as dificuldades existentes, nomeadamente na lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação prática do mesmo.

A incidência das UPP varia de acordo com o ambiente clínico e as características dos clientes, sendo que ocorrem com maior frequência em clientes em internamentos agudos ou de longa duração (Sanders & Pinto, 2012; NPUAP, 2014). Atualmente, nos EUA, de 1 a 3 milhões de pessoas desenvolvem UPP, mais de 2,5 milhões de UPP ocorrem em clientes de instituições de cuidados agudos e 60 mil morrem de complicações secundárias à UPP (Posthauer, Banks, Donner, & Schols, 2015).

Acerca de um dos estudos do grupo de Investigação Científica em Enfermagem (ICE), Gonçalves, Díaz, Vera, García, e García (2011) referem que a prevalência das UPP nas ilhas da Macaronésia (Madeira, Açores e Canárias) foi de 14,8%, sendo a prevalência maior a nível do domicílio e nas pessoas com 65 e mais anos. As UPP de categorias III e IV representaram 65% das feridas. Os mesmos autores (Gonçalves *et al.* 2011) recomendam a implementação de protocolos de prevenção e a reflexão sobre as normas existentes através da monitorização das práticas, da educação de profissionais, familiares e cuidadores, facilitando-se e disponibilizando-se materiais de prevenção e tratamento.

Rogenski e Kurcgant (2012) realizaram um estudo exploratório quantitativo em unidades de internamento, relatando uma prevalência geral de UPP de 19,5% e de 63,6% em cuidados intensivos.

Ferreira, Miguéns, Gouveia e Furtado (2007), referidos por Maia (2012) mencionam que num estudo realizado em 8 hospitais de Portugal Continental concluiu-se que a maior prevalência de úlceras de pressão foi nos serviços de medicina (17,4%),

unidades de cuidados intensivos (16,6%) e serviços de urgência (15,3%); sendo que a prevalência geral se situou em 11,5%.

No que concerne a Portugal na sua totalidade, segundo a Orientação n.º017/2011, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UPP é de cerca de 11,5%.

Num estudo de Berlowitz (2016), concluiu-se que a maioria das UPP desenvolveu-se durante hospitalizações agudas, apesar da implementação de medidas preventivas e, entre os clientes internados em hospitais de cuidados agudos, as taxas de prevalência variam de 3 a 17%.

Um estudo publicado pela Mölnlycke Health Care (2013) menciona que recentemente surgiu um novo tema de discussão, na relação das UPP com dispositivos médicos, sendo que 1,4% dos doentes tinha uma UPP relacionada com um dispositivo médico, e que de 113 UPP 34,5% eram relacionadas com dispositivos médicos. Este estudo concluiu ainda que os doentes com dispositivos médicos tinham 2,4 vezes mais probabilidades de desenvolver uma UPP.

Cerca de 95% das UPP desenvolvem-se sobre proeminências ósseas na metade inferior do corpo: 65% na área pélvica e 30% nos membros inferiores (Sayuri, 2008). Menoita (2015) suporta esta afirmação, ao mencionar que a maioria das UPP surge na parte inferior do corpo, sobre as proeminências ósseas.

A fisiopatologia das UPP descreve quatro mecanismos sobre os tecidos moles em resposta à carga mecânica: isquémica localizada, fluxo prejudicado do fluido intersticial e da drenagem linfática, lesão de reperfusão e ainda deformação celular persistente. É assim fundamental que os enfermeiros tenham o conhecimento da sua correta classificação, em quatro categorias segundo o NPUAP/EPUAP (2014):

- Categoria I: Eritema Não Branqueável – a pele encontra-se intacta mas ruborizada, não branqueável após a cessação da pressão. Observa-se a epiderme e a derme lesadas, mas não destruídas.
- Categoria II: Perda Parcial da Espessura da Pele – existe uma perda parcial da espessura da derme, apresentando-se como uma ferida superficial com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado. Pode apresentar-se ainda como uma flictena fechada ou aberta.
- Categoria III: Perda Total da Espessura da Pele – existe a perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não se encontram expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado. Estas UPP podem ser cavitadas e fistulizadas.

- Categoria IV: Perda Total da Espessura dos Tecidos – existe exposição óssea, dos tendões ou dos músculos. O leito da ferida pode apresentar tecido devitalizado ou necrose. São frequentemente cavitadas e fistulizadas. Esta categoria varia de acordo com a localização anatômica, sendo que a asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo e as feridas podem ser superficiais. Este tipo de ferida pode atingir o músculo e/ou as estruturas de suporte (fáscia, tendão, cápsula articular), tornando possível a osteomielite.

Existem ainda outras duas categorias contempladas pela NPUAP/ EPUAP (2014):

- Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada – existe uma perda total da espessura dos tecidos, no qual a base da UPP encontra-se coberta por tecido devitalizado e/ou necrótico no leito da ferida. Até que seja removido este tecido a verdadeira profundidade e conseqüentemente a verdadeira categoria não podem ser determinadas.
- Suspeita de Lesão nos Tecidos Profundos: Profundidade Indeterminada – pode ser observada uma área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada, ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente, resultantes de pressão e/ou cisalhamento. A ferida pode evoluir ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico.

Recentemente têm surgido cada vez mais registos de UPP associadas a dispositivos médicos. Estas UPP são feridas que se desenvolvem nos locais de inserção ou de presença de dispositivos médicos, como algalias, cânulas nasais, TOT, máscaras nasais/faciais, máscaras de ventilação não invasiva, colares cervicais, cateteres venosos, oximetrias de pulso, planos duros na estabilização de clientes politraumatizados, meias elásticas, material de monitorização neurológica, SNG, drenos, entre outros (Dyer, 2015; Menoita, 2015).

As UPP relacionadas com os dispositivos médicos ocorrem uma vez que estes são compostos por materiais rígidos, como plástico, borracha ou silicone, podendo causar fricção ou criar pressão sobre os tecidos moles (Jaul, 2010; Menoita, 2015). Segundo Fletcher (2012), a maioria das UPP associadas aos dispositivos ocorrem na cabeça ou no pescoço, encontrando-se menos frequentemente associadas a proeminências ósseas. O dano tecidual pode apresentar a forma do dispositivo e o seu desenvolvimento é rápido quando localizadas numa zona com pouco tecido adiposo (Fletcher, 2012).

Moraes *et al.* (2016) suportam estas afirmações, confirmando que as UPP relacionadas a dispositivos médicos resultam do uso de dispositivos concebidos e aplicados para fins de diagnóstico ou terapêutica, apresentando geralmente o padrão ou o formato do dispositivo. Os mesmos autores (2016) referem ainda que estas lesões devem ser categorizadas segundo o mesmo sistema de classificação de UPP.

Outra das temáticas atualmente abordadas prende-se com as UPP em membranas mucosas, que se encontram em regiões recobertas por mucosas, com a utilização de dispositivos médicos nesses locais (Moraes *et al.*, 2016).

Atualmente, e apesar dos progressos científicos, as úlceras por pressão mantêm-se como um desafio constante para os profissionais de saúde. Representam um problema de saúde pública com grande repercussão nos clientes afetados, bem como na sua família e no contexto social em que se inserem.

Fernandes, Torres e Vieira (2008), afirmam que o aparecimento de UPP encontra-se relacionado com uma multiplicidade de fatores e condições durante o internamento, denotando a necessidade de avaliação clínica sistematizada, contemplando a complexidade dos aspetos inerentes à assistência.

As UPP ocorrem mais frequentemente em indivíduos com diversas morbidades (Warriner & Carter, 2011).

Os fatores de risco podem ser intrínsecos, quando relacionados com as variáveis pessoais, como a idade, a mobilidade e atividade, o estado cognitivo e perceção sensorial, o estado nutricional, as doenças sistémicas, instabilidade hemodinâmica, a medicação, as variações de temperatura, a humidade da pele e a incontinência. Podem ainda ser extrínsecos, quando as UPP são desencadeadas por fatores como a pressão, a tensão, o cisalhamento, torção ou fricção.

De entre os fatores de risco associados ao desenvolvimento de UPP destacam-se ainda a Hipertensão Arterial (HTA), a Diabetes *Mellitus* (DM), a inconsciência, a imobilização, a perda de sensibilidade e de função motora, a perda de continência urinária ou fecal, a presença de espasmos musculares, as anemias, as deficiências nutricionais, as doenças circulatórias, a doença arterial periférica, a imunodeficiência, o uso de corticosteróides e o tabagismo (Wada, Neto & Ferreira, 2010; NPUAP, 2016; Moraes *et al.*, 2016).

A utilização de escalas de avaliação do risco de desenvolver UPP tem sido recorrentemente empregada para que se possa atuar preventivamente. Para que seja possível estratificar o risco, recorre-se em Portugal à Escala de Braden (Bergstrom & Braden, 1987), instrumento validado para todo o País. A escala consiste em seis sub-

escalas: Percepção sensorial; Humidade; Atividade; Mobilidade; Nutrição e Forças de fricção e cisalhamento. Cada sub-escala é avaliada individualmente e todos os *scores* são somados para identificar o risco, sendo que o cliente apresenta alto risco se a pontuação for igual ou inferior a 16, e baixo risco se a pontuação for igual ou superior a 17, de acordo com a Orientação n.º017/2011.

Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS) na Orientação n.º017/2011, a avaliação clínica complementa o *score* obtido através da aplicação da escala. Desta forma esta não deve ser tomada como método único na abordagem a um cliente, devendo associar-se os fatores pessoais e clínicos de cada cliente, permitindo assim uma avaliação holística e individualizada. É preconizada a avaliação desta escala no momento de admissão dos clientes ao serviço e, posteriormente de 24/24 horas, nas unidades de cuidados intensivos.

Uma das limitações apresentadas pela Escala de Braden é, que na avaliação inicial do cliente não existem muitas vezes informações relativamente à nutrição, o que poderá comprometer o *score* obtido. Clientes inconscientes, sedados ou sem capacidade de comunicação terão dificuldade em conseguir responder a este e a outros itens.

Com a aplicação da Escala de Braden estamos a atuar em fatores de risco, nomeadamente na mobilidade (clientes acamados e dependentes terão um risco acrescido), no nível de atividade física, no nível de exposição da pele à humidade, na capacidade de reação sensorial ao desconforto e na nutrição.

Num estudo levado a cabo por Bours *et al.* (2001) mencionados por Cruz (2015), a infecção, a idade, a duração do internamento e pontuação total da escala de Braden foram os quatro fatores de risco significativamente associados com a presença de UPP.

A idade é referida como fator não passível de modificação de risco de desenvolvimento de UPP, sendo que alguns autores consideram que a ocorrência de UPP não aumenta apenas por este fator, mas sim pelo fato de a idade se encontrar relacionada com a presença de patologias coexistentes, frequentemente presentes na população idosa, tais como doença de Alzheimer, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes mellitus, doenças oncológicas, entre outras (Michel *et al.*, 2012 referidos por Cruz, 2015).

Neste pressuposto, os idosos não são um grupo homogéneo, pelo que, no momento da admissão hospitalar a idade não se encontra relacionada necessariamente com uma complicada hospitalização e desenvolvimento de UPP. Para alguns autores, as características comuns ao envelhecimento são consideradas como responsáveis pela maior susceptibilidade para o desenvolvimento das UPP em indivíduos idosos (Rocha *et al.*, 2006; Silva *et al.*, 2011; Theisen *et al.*, 2012 mencionados por Cruz, 2015).

Para Menoita (2015), o envelhecimento é acompanhado por uma redução dos processos metabólicos, da velocidade de cicatrização e da vascularização, da espessura e da elasticidade da pele, bem como pela diminuição do colagénio.

Júnior, Silva, Duarte, Mendonça & Dantas (2017) desenvolveram um estudo em doentes acamados com alto risco para o desenvolvimento de UPP pela Escala de Braden, em que 90% dos clientes tinham entre 65 e 92 anos, o que evidenciou que esta população é mais propícia ao desenvolvimento de UPP.

As UPP desenvolvem-se mais rapidamente e com maior resistência ao tratamento em clientes que apresentam distúrbios nutricionais. O estado nutricional deficiente é um dos primeiros fatores que interferem no aparecimento de UPP, por causar anemia e redução do aporte de oxigénio aos tecidos, contribuindo assim para a diminuição da tolerância tecidual à pressão. A desnutrição aumenta a susceptibilidade dos clientes à infeção, contribuindo para uma maior incidência de complicações, internamentos mais longos e períodos prolongados de repouso no leito (Silva, Araújo, Oliveira & Falcão, 2010).

Para além do preconizado pela Escala de Braden, existem diversas escalas e *guidelines* no que concerne à avaliação do estado nutricional. No meio hospitalar, preconiza-se a utilização da Escala de *Nutritional Risk Screening* (NRS) 2002 (Kondrup, Allison, Elia, Vellas & Plauth, 2003).

A NRS é uma ferramenta recomendada pela *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) e contempla a avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), a percentagem de perda de peso entre 3 e 6 meses, as condições de ingestão alimentar, a patologia, o efeito da patologia sobre o risco nutricional, a idade e a condição clínica do cliente.

O protocolo para a instituição da escala inicia-se com um conjunto de questões de resposta fechada, agrupadas em 2 tabelas. A primeira tabela corresponde ao *screening* inicial, composto por 3 questões de resposta entre Sim e Não: classificação do IMC, avaliação ponderal, avaliação da ingestão alimentar e da gravidade da doença. Se a resposta for negativa para todas estas questões iniciais, entende-se que o cliente não está em risco nutricional, não sendo necessário o preenchimento da tabela 2. No entanto, deverá proceder-se a uma reavaliação semanal de todos os doentes que inicialmente não se encontravam em risco nutricional (Kondrup *et al.*, 2003).

Caso as respostas sejam afirmativas, deverá proceder-se para a tabela 2, com questões que associam o estado nutricional ao tipo de patologia. Nesta tabela atribui-se uma pontuação (de 0 a 3) de acordo com o estado nutricional e o tipo de patologia, que é posteriormente somado. Para clientes com idade igual ou superior a 70 anos, deve ser

somado mais 1 ponto à soma anterior. Se a soma final for igual ou superior a 3, o doente encontra-se em risco nutricional, devendo ser realizada a avaliação nutricional completa e instituída a terapêutica adequada, que será monitorizada ao longo do internamento (Kondrup *et al.*, 2003).

Embora este instrumento não seja específico para avaliação do risco de desenvolver UPP, pode ser implementado como meio complementar na avaliação do cliente, instituindo medidas que permitam minimizar a subnutrição, incidindo assim num dos fatores de risco para o desenvolvimento de UPP, a nutrição.

No doente crítico no contexto de cuidados intensivos, a ingestão nutricional encontra-se geralmente comprometida, tanto pela sedação, como pela patologia e estado geral do mesmo, sendo utilizada preferencialmente a nutrição entérica. Em 2006 a ESPEN divulgou as *guidelines* associadas à nutrição entérica, elaborando uma norma específica para as unidades de cuidados intensivos. Esta norma pretende uniformizar a utilização da nutrição entérica, tendo em conta as características de cada cliente.

A Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP) apresentou um artigo por Marinho *et al.* (2012), cuja problemática era a avaliação das necessidades energéticas no doente crítico. Neste artigo, é mencionado que “um doente desnutrido terá maior predisposição a alterações teciduais e orgânicas, imunológicas, cardiovasculares, respiratórias e gastrointestinais.” Assim, “poderão ocorrer complicações, devido ao aumento da susceptibilidade às infeções e ao atraso na cicatrização de feridas, comprometendo a evolução e o prognóstico desses doentes” (Marinho *et al.*, 2012, p.20).

Segundo Lopes (2015), as necessidades calóricas para a cicatrização de cada ferida variam de cliente para cliente, ou mesmo num cliente com várias UPP, sendo objetivo principal prevenir a perda de peso.

Lourenço (2014) afirma que o aporte adequado de proteínas deverá ser uma das preocupações iniciais, tendo em consideração a adequação energética, uma vez que as proteínas podem ser utilizadas também como fonte de energia, caso este aporte não seja suficiente.

A EPUAP (2014) recomenda como aporte proteico 1 – 1,5g de proteína/Kg peso atual/dia e como aporte energético 30-35 Kcal/Kg peso atual/dia. No que concerne ao aporte hídrico, as recomendações são de aproximadamente 30-35ml/Kg peso atual/dia.

Lopes (2015) afirma que pessoas emagrecidas, com baixo IMC, apresentam uma diminuição da espessura de tecido adiposo, que reduz a proteção contra forças mecânicas, bem como diminui a presença de vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K) armazenadas neste

tecido. Pessoas emagrecidas, por estarem desprovidas de gordura localizada sobre as proeminências ósseas, possuem menor proteção contra a pressão.

A avaliação nutricional deverá ser integral, quer para a pessoa em risco para o desenvolvimento de UPP, como para os clientes com UPP presentes.

No que concerne à mobilidade, à incapacidade ou limitação em mover-se, esta significa que a pessoa não é capaz de aliviar a pressão das áreas sujeitas à mesma.

Menoita (2015) menciona que a mobilidade e a atividade encontram-se intimamente relacionadas, ocorrendo as UPP principalmente em clientes com mobilidade reduzida, com lesões neurológicas ou ambos.

Para a EPUAP (2014), deverão se considerar os clientes acamados e/ou confinados a uma cadeira de rodas como apresentando risco de desenvolver UPP, devendo-se considerar o impacto das limitações de mobilidade, visto que uma redução da frequência de movimento ou da capacidade de um indivíduo se mover é normalmente considerada como uma limitação.

No que concerne ao nível de consciência e percepção sensorial, uma diminuição da capacidade de percepção da dor, a agitação e as alterações a nível do estado mental predis põem ao comprometimento da integridade dos tecidos. A agitação no leito aliada às forças de fricção e cisalhamento/torção contribuem para o desenvolvimento de UPP.

De acordo com Menoita (2015), os clientes com imobilidade mas com sensibilidade mantida conseguem solicitar ajuda quando sentem dor ou desconforto, enquanto aqueles com sensibilidade comprometida toleram pressões prolongadas, não sentindo desconforto, nem necessidade de mudança de posicionamento. Também clientes com diabetes apresentam uma percepção sensorial diminuída. A mesma autora (2015) afirma que os clientes internados em unidades de cuidados intensivos quer pela sua situação clínica ou medicamentosa associada, têm a sensibilidade afetada, o que os predis põe ao desenvolvimento de UPP.

O estado de saúde e as doenças sistémicas podem aumentar o risco de desenvolvimento de UPP, na medida em que diminuem a tolerância da pele à pressão. Para Duque *et al.* (2009), mencionado por Menoita (2015), o deficiente aporte sanguíneo periférico provoca a diminuição da pressão capilar local e poderá estar intimamente relacionado com doenças cardiovasculares, hepáticas, anemias, HTA, infeções, DM, insuficiências renais e respiratórias, lesões ortopédicas, alterações hematológicas, entre outros.

No que concerne à medicação, a sedativa, a analgésica e a corticosteróide encontram-se relacionadas com um aumento do risco para o desenvolvimento destas

lesões, uma vez que diminuem as defesas do organismo, a percepção sensorial e a mobilidade. Morais (2015) refere que a má perfusão sanguínea associada a medicação como os vasopressores, reduzem o fluxo de sangue à pele e tecidos e potenciam lesões por isquemia.

Um dos fatores determinantes no desenvolvimento de UPP é o microclima, que se refere à interação entre a temperatura da pele, humidade e movimento do ar, pela circulação de ar na interface entre a superfície da apoio e a pele.

A temperatura corporal é um fator que representa um risco acrescido de necrose nas UPP. Segundo Menoita (2015, p. 526), “na elevação da temperatura, a cada 1°C, há um aumento de 10% no metabolismo tecidual e na exigência de oxigénio, ocorrendo desvitalização do tecido.”

No que concerne à humidade, esta, quando excessivamente presente, pode ser determinante no desenvolvimento de UPP. A pele húmida encontra-se mais permeável a agentes irritantes, deixando-a suscetível aos efeitos deletérios das fezes, da urina e do suor, promovendo a proliferação bacteriana. A exposição à urina leva a uma hidratação excessiva da pele, originando um aumento no coeficiente de fricção da pele, que posteriormente poderá aumentar o risco de desenvolver UPP, causada pelas forças de pressão, fricção e cisalhamento (Menoita, 2015).

No que concerne aos fatores extrínsecos, correlacionam-se a pressão, a fricção e as forças de cisalhamento ou torção.

A pressão é definida como a força por unidade de área, aplicada verticalmente sobre a superfície (Baranoski & Ayello, 2006; Wilson, 2007; Menoita, 2015). Ainda segundo os autores supramencionados, esta pressão é igual à força dividida pela área sob a qual a força atua. A força aplicada numa pequena área produzirá uma pressão maior do que a mesma força aplicada sobre uma grande área, ou seja, quanto maior a área de contacto, menor a pressão.

A aplicação direta de pressão superior à pressão do encerramento dos capilares, sobre a pele e tecidos moles provoca hipóxia em toda a zona abrangida, sendo fatores determinantes no aparecimento de UPP a pressão e o tempo a que os tecidos estão sujeitos (Wada *et al.*, 2010).

O organismo compensa a existência de pressão com o aumento do fluxo sanguíneo local, provocando uma área hiperemiada que origina um eritema branqueável quando a pressão é aliviada. Esta é uma reação fisiológica, no entanto, se a obstrução for demasiado prolongada, ocorre necrose dos tecidos (Dealey, 2006; Morais, 2015).

O cisalhamento ou torção são definidos como o *stress* resultante de quando um corpo tenta deslizar mas encontra resistência, devido à existência de uma força paralela (Wilson, 2007). Quando a pressão não é linear sobre uma área, irá resultar num deslizamento da superfície onde o corpo está contra a pele, provocando uma deformidade dos vasos e comprometendo os tecidos, levando ao cisalhamento dos tecidos. Este mecanismo explica o desenvolvimento de lesões nos tecidos profundos, antes de se verificar uma lesão externa (*deep tissue injury*).

Para Duque *et al.* (2009) referido por Menoita (2015), os clientes acamados e colocados em posição de *fowler* “tendem a deslizar pela ação da gravidade. À medida que o corpo começa a deslizar, os componentes internos do corpo (...) movem-se no sentido descendente do leito, enquanto que a pele e os tecidos moles não se movem” (p. 540).

A fricção define-se como a força que resiste ao movimento relativo de dois objetos que se tocam (Menoita, 2015). Esta refere-se ao roçar da pele sobre as superfícies, nomeadamente no posicionamento dos clientes sobre os lençóis com o arrastar dos mesmos, potenciando não só a torção, mas também a descontinuidade dos vasos pela separação forçada pelo atrito provocado, com conseqüente destruição da pele (Morais, 2015).

Quando a força tangencial aplicada pela fricção na superfície da pele é maior do que a força de pressão, ou quando uma pequena quantidade de pressão associada a uma elevada força tangencial é aplicada sob a pele, podem ocorrer abrasões, ulcerações superficiais ou flictenas (Reger, Ranganathan, Orsted, Ohura, & Gefen, 2010; Menoita, 2015).

Desta forma, e desenvolvendo o conhecimento adquirido pela prática baseada na evidência e pelos estudos científicos, é possível identificar os fatores de risco que mais contribuem para o desenvolvimento de UPP, permitindo uma intervenção cada vez mais preventiva.

Outro dos fatores a ter em conta no desenvolvimento de UPP são os custos associados ao seu tratamento. Sendo os estudos económicos nesta vertente escassos em Portugal, apresenta-se um estudo desenvolvido nos Açores pelo Grupo ICE (2006) referido por Menoita (2015), que demonstrou um custo total apenas para o tratamento (não contemplando a prevenção) de UPP de 9 milhões de euros.

Silva *et al.*, (2013) mencionados por Menoita (2015) defendem que as UPP acarretam custos elevados no investimento em material e equipamento, bem como no aumento do consumo de fármacos, além dos custos de hospitalizações prolongadas ou de eventuais intervenções cirúrgicas.

As UPP exprimem assim um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, não apenas pelos custos relativos a recursos humanos e materiais mas, principalmente, por provocar dor e sofrimento aos doentes e suas famílias. Esta questão tem vindo a merecer crescentes preocupações de ordem política e económica uma vez que as úlceras de pressão são uma causa importante de morbilidade e mortalidade, afetam a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores e significam uma sobrecarga económica para os serviços de saúde (Ferreira *et al.*, 2007; Menoita, 2015).

As UPP tornaram-se portanto num importante indicador de qualidade na saúde, quer no que concerne às intervenções planeadas para o seu tratamento, quer, sobretudo, na sua prevenção. Os enfermeiros são o grupo profissional que assiste diretamente tanto na vertente da prevenção como do tratamento, prestando ainda apoio emocional aos clientes e seus familiares (Silva *et al.*, 2013).

A presença ou ausência de UPP é considerada um indicador de qualidade e geralmente conduz à elaboração de políticas de saúde públicas, tomadas de decisão, estabelecimento de metas e ainda comparação entre instituições (Morais *et al.*, 2016).

Deste modo, tem existido uma mobilização de recursos materiais e humanos para intervir nesta problemática que cada vez mais mobiliza a atenção dos enfermeiros para a prestação de cuidados de qualidade na resolução das UPP (Gonçalves *et al.*, 2011).

Os serviços de cuidados diferenciados são, apesar do local ideal para o tratamento dos doentes críticos, um ambiente agressivo, tenso e traumatizante. Para além das situações críticas dos clientes, existem fatores altamente prejudiciais à sua estrutura psicológica (falta de condições favoráveis ao sono, intervenções terapêuticas frequentes, permanência no leito por um longo período de tempo, isolamento, medo do agravamento da doença e da morte) e fisiológica, podendo condicionar o aparecimento de complicações como atrofias musculares e UPP (Fernandes & Torres, 2008). As UPP configuram-se assim como uma das complicações a que estão sujeitos principalmente clientes internados em unidades de cuidados intensivos, uma vez que estão expostos a inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento deste tipo de lesão.

Menoita (2015) refere que

o facto do foco das intervenções de enfermagem estar centrado na resposta humana aos problemas de saúde, aos processos de vida e às transições suportadas pela pessoa, família ou grupos, ao longo do ciclo vital, em vez de tomar por objetivo a doença em si, faz com que se espere da atividade do enfermeiro um contributo positivo, relativamente a ganhos na saúde individual e coletiva da sociedade (p. 568).

É neste sentido que os enfermeiros surgem como prestadores essenciais de cuidados preventivos das UPP nestes clientes. Tendo em conta as características de cada

cliente, cabe aos enfermeiros identificar fatores de risco e promover a avaliação do risco da forma designada pelas *guidelines* e normas de cada instituição, com o objetivo de prevenir as UPP nestes clientes.

Em 2014 foi revista a *guideline* de prevenção e tratamento de UPP elaborada em 2009 pela NPUAP/EPUAP, que pretende, através da evidência científica, recomendar medidas a adotar para a prevenção e tratamento de UPP. Denota-se assim a relevância que a prevenção das UPP tem nas organizações internacionais, pela publicação de artigos, documentos de apoio e *guidelines*.

No que concerne especificamente à prevenção de UPP, esta promove os seguintes ganhos em saúde: redução da incidência e prevalência das UPP; aumento da motivação, do envolvimento e da promoção da autonomia do cliente; diminuição de casos de admissão hospitalar relacionados com UPP; redução dos custos associados às UPP; diminuição da morbidade e mortalidade precoce; aumento da qualidade de vida e do bem-estar; otimização e manutenção da condição e integridade cutânea; redução da severidade das UPP; deteção precoce de lesões com diagnóstico diferencial (Menoita, 2015).

Uma sistematização das intervenções a adotar na pessoa em situação crítica irá auxiliar na prestação de cuidados holísticos, tendo em conta as características individuais de cada cliente, bem como atuar em aspectos por vezes menos relevados pelos profissionais de saúde.

Gill (2015) afirma que a prevenção das UPP é um aspecto vital dos cuidados de enfermagem, embora muitos enfermeiros descurem o reconhecimento da sua importância e consequências na manutenção da qualidade dos cuidados. Enquanto a qualidade dos cuidados assume um importante papel, as UPP são multifactoriais e complexas, requerendo uma abundância de competências e conhecimento para o seu tratamento.

Regendo-se os cuidados de enfermagem por dois tipos de intervenção (autónoma e interdependente), cabe ao enfermeiro, nas tomadas de decisão que orientam o exercício profissional autónomo aplicar uma abordagem sistémica e sistemática, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes, delineando intervenções com o objetivo de detetar precocemente problemas, evitar riscos e resolver os problemas identificados. No processo de tomada de decisão deverão ser incorporados resultados de investigações científicas, utilizando guias de boa prática para melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Menoita, 2015).

É assim fundamental que os enfermeiros se encontrem despertos para os fatores de risco, tanto intrínsecos como extrínsecos, atuando preventivamente, promovendo a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica na prevenção das UPP.

Torna-se ainda fulcral a aplicação de *guidelines* que permitam orientar a prática, baseando-se no conhecimento científico e prático, promovendo ganhos em saúde no doente crítico.

A enfermagem, na sua busca por ganhos em saúde para os clientes, baseia-se em modelos e teorias que permitem o seu desenvolvimento científico e prático, na medida em que explanam as premissas em que esta se sustenta. Reger-se por uma teoria permite uma melhor organização do método de trabalho e da implementação das intervenções de enfermagem.

A teoria selecionada na implementação e no desenvolvimento das competências ao longo de todo o percurso formativo e especificamente do ensino clínico foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A transição, de acordo com Meleis (2010, p.25) “é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro.” Engloba tanto as continuidades como as descontinuidades nos processos de vida do ser humano e encontra-se invariavelmente relacionada com a mudança e com o desenvolvimento.

Meleis *et al.* (2000) estruturam a transição em várias componentes que a definem, nomeadamente na natureza das transições, nas condições para a transição e nos padrões de resposta.

As transições relacionadas com eventos de saúde/doença resultam de uma mudança de um estado saudável para uma doença aguda, do bem-estar para uma doença crónica, ou da cronicidade para um novo bem-estar que engloba a cronicidade (Tronberg, McGrath & Benoliel, 1984).

A transição pode também influenciar as respostas aos problemas de saúde e tipos de ações executadas devido a problemas potenciais ou reais de saúde.

Segundo Meleis *et al.* (2000), foram identificadas cinco propriedades que se interrelacionam no processo complexo de transição: Conhecimento (consciência de); Envolvimento; Mudanças e diferenças; Intervalo de tempo; Situações críticas e eventos.

É necessário ter ainda em atenção que as condições pessoais, da comunidade e da sociedade poderão facilitar ou inibir os processos de transição saudáveis e seus resultados.

De acordo com estas premissas, os enfermeiros tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para as transições que se aproximam, e que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências, relacionadas com as experiências de saúde-doença.

Para compreender como este processo é vivenciado, o enfermeiro deve estar atento aos comportamentos observáveis e não observáveis, que constituem os padrões de resposta no processo de transição (Chick & Meleis, 1986). Os padrões de resposta são concetualizados como indicadores de processo e indicadores de resultados.

Os indicadores de processo demonstram se a transição está a ser eficaz, e os indicadores de resultados evidenciam o resultado final da transição. O tipo de mudança ou evento que iniciou a transição, bem como a natureza e os padrões de transição irão determinar o momento final da mesma, que é flexível e variável (Meleis *et al.*, 2000).

A aplicação desta teoria na prevenção das UPP na pessoa em situação crítica é um contributo para a melhoria dos cuidados prestados e, por conseguinte uma melhoria na qualidade de vida do cliente.

O aparecimento de uma UPP é então entendido como um evento crítico num processo de transição saúde/doença, agravando o estado de vulnerabilidade do cliente, afetando todo o seu processo de transição.

No que concerne aos indicadores de processo, estes referem-se, no que concerne às UPP, ao envolvimento na prevenção e no tratamento da UPP, seja porque o cliente se sente envolvido, ou porque interage com o enfermeiro nesse sentido. Deverão ser estabelecidas metas com o cliente, tanto finais como intermédias, alcançadas através de estratégias adaptativas para se proporcionar uma transição saudável. Os indicadores de resultados poderão passar pela aquisição de conhecimentos e capacidades dos clientes, integrando novas atitudes no sentido de prevenir ou cicatrizar uma UPP (Mota, Mota, Oliveira & Alves, 2010).

Assim, a abordagem ao doente crítico em processo de transição e em risco de desenvolver UPP é fenómeno fundamental para a enfermagem, visando potenciar as suas capacidades e habilitar uma transição saudável e dirigida.

**CAPÍTULO II – DE GENERALISTA A ESPECIALISTA: UM PERCURSO
NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

O desenvolvimento de competências na área da enfermagem rege-se segundo a Ordem dos Enfermeiros, através dos regulamentos publicados em Diário da República.

O Regulamento n.º122/2011 preconiza as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, com o objetivo de definir o especialista em enfermagem e o seu perfil de competências comuns, estabelecendo um quadro conceptual aplicável na prática de enfermagem.

O conhecimento, constituído por um conjunto de saberes do âmbito do saber-saber, saber-fazer e o saber aplicar as habilidades desenvolvidas, permite alcançar metas e objetivos e transformar as habilidades em resultados (Chiavenato, 2014).

Brandão (2010), mencionado por Mateus e Serra (2017), considera que as competências constituem um conjunto de qualificações ou características necessárias, para que os profissionais possam desempenhar uma tarefa de forma eficaz e eficiente.

Assim, o enfermeiro especialista apresenta um conjunto de competências comuns a todas as especialidades, possuindo ainda competências específicas numa área de estudos. Neste caso, as competências específicas correspondem às do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

No sentido da aquisição de competências específicas, importa mencionar que este trabalho pretende ainda justificar a obtenção do grau de Mestre, mediante o previsto no Decreto-Lei n.º74/2006, relevando-se os conhecimentos existentes e a capacidade de compreensão e aplicação dos mesmos na resolução de problemas, comunicando o processo e as conclusões obtidas, que permitam a aquisição de competências de auto-aprendizagem.

Para demonstrar as competências comuns e específicas adquiridas, procedeu-se à reflexão sobre a experiência profissional e sobre a formação teórica e prática desenvolvidas. Nesta perspetiva salienta-se o contributo dos estágios em distintas vertentes do cuidar do doente crítico: I – Urgência, II – Cuidados Intensivos e Estágio III – Opção.

O Estágio I – Urgência, decorreu no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Nélio Mendonça no Funchal. O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM), Entidade Pública Empresarial (SESARAM, E.P.E.), foi constituído como ramo independente do Serviço Nacional de Saúde (SNS) dada a localização geográfica do arquipélago relativamente ao restante território nacional. Deste modo, pretende dar resposta à população da RAM, constituída por cerca de 267.000 habitantes. O SU pretende dar resposta polivalente diferenciada a situações de urgência 24 horas por dia e a sua missão consiste em assistir a todos os clientes que a ele recorram, prestando cuidados

médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência em todas as fases do ciclo de vida, garantindo o respeito, a dignidade e a segurança.

De acordo com relatório anual do SESARAM. (2016a), em 2015 foram atendidos, no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça 85.228 clientes em modo de urgência geral (excluindo urgência pediátrica e obstétrica), auferindo uma média diária de 234 clientes. Estes dados remetem para a grande afluência de clientes ao SU, salientando a necessidade da adequação de recursos humanos para dar resposta às necessidades da população.

Este ensino clínico contemplou um total de 250 horas, sendo que 140 foram de contato (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 de tempo individual do aluno, decorridas de dois a vinte e nove de maio de 2016. Para orientar este ensino clínico, procedeu-se à elaboração de um plano de estágio com objetivos específicos a ser desenvolvidos, elaborados pela discente. O método de avaliação contemplou, para além do ensino clínico em si, a elaboração de um portfólio reflexivo sobre as atividades desenvolvidas.

O Estágio II – Cuidados Intensivos, decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Este serviço é o único na RAM qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes críticos, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais.

O SMI tem como missão melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico através da prestação de cuidados de saúde de qualidade, na promoção e participação na investigação clínica aplicada e da formação na área.

Este serviço presta ainda o serviço de emergência hospitalar a todos os clientes admitidos no Hospital Dr. Nélio Mendonça, 24 horas por dia.

Este ensino clínico contemplou um total de 250 horas, sendo que 140 foram de contacto (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 de tempo individual do aluno. Decorreu de nove de junho a sete de julho de 2016. Foi também elaborado um plano de estágio para orientar o trabalho a desenvolver pelo aluno. Como método complementar de avaliação, além do ensino clínico foi elaborado e apresentado um processo de enfermagem fundamentado.

O Estágio III – Opção decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (UCIPU) do CHSJ. Neste ensino clínico pretendia-se que o aluno seleccionasse um contexto diferenciado da prática, onde se encontrassem admitidos doentes em estado de doença aguda. A seleção deste campo de estágio prende-se com as boas referências nacionais do Hospital, bem como pela sua missão e objetivos. A aquisição de novas

perspetivas e métodos de trabalho constituíram ainda fatores determinantes na seleção desta opção.

A missão da UCIPU assenta no desenvolvimento de medidas tendentes à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do grau de satisfação dos clientes. Assim, desencadeia iniciativas para a valorização profissional do pessoal, incrementando a qualidade dos cuidados prestados, garantindo assim uma adequada resposta às solicitações da população. Tem como objetivos estratégicos reforçar a capacidade institucional e proporcionar a convergência de esforços dos profissionais adequadamente às necessidades da população que serve; aumentar o conhecimento que os seus profissionais detêm, através de formação, para que estes possam estudar e antecipar comportamentos face às aceleradas mutações científicas e sociais com repercussão na prestação de cuidados e seu atendimento; apostar na redefinição do conceito de urgência, bem como na reestruturação da medicina intensiva, integrando o *step down* de cuidados ao doente crítico.

O Estágio III – Opção, contemplou um total de 375 horas, sendo que 210 foram de contacto (198 horas de estágio e 12 horas de orientação tutorial) e 165 de tempo individual do aluno. Decorreu de três de outubro a quatro de novembro de 2016. O método de avaliação, para além do ensino clínico, consistiu na elaboração do projeto de autoformação e seu respetivo relatório no final do ensino clínico.

No que concerne ao ensino clínico, este constituiu um meio para o desenvolvimento de uma temática de particular interesse do aluno no doente crítico. A temática selecionada foi a prevenção de UPP na pessoa em situação crítica. Procedeu-se à elaboração de um plano de estágio e de um projeto de autoformação, que pretendia potenciar as capacidades e os interesses do aluno, através de uma reflexão sobre as necessidades e interesses pessoais e profissionais. Pretendeu-se desenvolver no ensino clínico o projeto, contemplando a formação individual, para que se aumentasse o conhecimento e se pudesse aplicar na prática resultados de investigações científicas e baseadas na evidência. A melhor evidência é proveniente de pesquisa clínica relevante, focada no cliente, no sentido de aprimorar a prevenção, as medidas de diagnóstico, os indicadores de prognóstico e tratamento e a reabilitação (Pedrolo *et al.*, 2009, mencionados por Chicória, 2013).

Assim, a abordagem da temática da prevenção das UPP permite uma visão específica num foco de atenção do enfermeiro, com o objetivo de promover a prestação de cuidados holísticos, aumentando a qualidade de vida dos clientes.

Desta forma, mediante a formação teórica e a realização dos ensinamentos clínicos e da consecução dos objetivos definidos para cada contexto da prática, pretendeu-se adquirir e

desenvolver tanto as competências comuns como as específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que serão apresentadas seguidamente.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Para que se possa desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista, é necessário contextualizá-las e defini-las.

O Regulamento n.º122/2011 define competências comuns como as

competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.8649).

Estas competências encontram-se organizadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Cada um destes domínios é composto por determinados critérios de avaliação, que permitem inferir se o desempenho profissional correspondeu aos resultados estabelecidos para cada unidade de competência.

Desta forma, serão apresentados os domínios de competências, bem como as unidades de competências, explanando-se reflexivamente o desempenho profissional alcançado.

2.1.1. Dos princípios éticos à responsabilidade profissional

As competências contempladas neste domínio enquadram-se em dois âmbitos que se interligam: desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, bem como promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O conceito de ética vai-se adequando aos valores relativos a cada época e lugar, sendo considerada como um elemento fundamental para a formação integral do ser humano (Kloh, Lima & Reibnitz, 2014).

O enfermeiro, na sua prática profissional, depara-se com decisões complexas relativamente à sua intervenção em determinados contextos. Como tal, o profissional deve dotar-se de fundamentação no que concerne aos aspetos éticos, morais e deontológicos que respeitem os princípios orientadores das teorias éticas, o regulamento do exercício profissional, os direitos humanos e os deveres do cliente.

O desenvolvimento da profissão tem-se realizado em níveis diversificados, realçando-se a compreensão da responsabilidade ética e deontológica dos enfermeiros. Deste modo a deontologia preocupa-se em corrigir a ação, através de um conjunto de regras e indicações práticas e precisas (OE, 2015).

É neste sentido que surge o Código Deontológico do Enfermeiro através da Lei n.º 156/2015, documento que pretende orientar o dever do enfermeiro na sua prática profissional. Enquanto profissão autorregulada, a enfermagem tem definido ainda no REPE, através da mesma Lei, os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício.

O cuidar implica reconhecer as necessidades de saúde do ser humano, tendo sempre em conta os seus direitos, a sua individualidade e as suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer a sua autonomia. Desta forma, qualquer pessoa deve ter oportunidade de ser elemento ativo no processo de tomada de decisão sobre a sua saúde.

A tomada de decisão carece de informação pertinente e atualizada para que se possam identificar corretamente as necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes. Desta identificação decorrem as prescrições da intervenção de enfermagem, de forma a evitar riscos, detetar precocemente potenciais problemas e minimizar ou resolver os problemas identificados (OE, 2015).

Neste percurso, desde discente da Licenciatura em Enfermagem, bem como durante a prática profissional, procurou-se sempre implementar os deveres do Código Deontológico, respeitando os valores pelos quais a profissão de enfermagem se rege.

Ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a componente teórica desenvolvida na unidade curricular de Ética, Deontologia e Direito, visou atender a aspetos específicos, potenciando os conhecimentos do enfermeiro no que concerne aos aspetos práticos da sua profissão. A realização de um trabalho de grupo sobre a resolução de casos tendo em vista os aspetos éticos e deontológicos consciencializou para temáticas específicas da enfermagem, associadas à pessoa em situação crítica.

Durante as práticas clínicas, tendo em vista cada contexto específico, atendeu-se à importância do dever em enfermagem, da tomada de decisão e da proteção da privacidade dos clientes, suportadas pela confidencialidade dos dados e pelo respeito pelo sigilo profissional. A complexidade do doente crítico condiciona uma tomada de decisão urgente, tendo em conta a sua instabilidade hemodinâmica, o que evidencia a necessidade de que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, detenham o conhecimento

necessário para poder tomar uma decisão fundamentada e que respeite os princípios éticos básicos, aliados à responsabilidade profissional.

No Estágio I – Urgência, a necessidade de salvaguardar a privacidade dos clientes foi mais premente, tendo em conta as características físicas e estruturais do serviço em si. A sobrelotação de clientes condiciona a privacidade de cada um, na medida em que num reduzido espaço encontram-se vários clientes. Foi no entanto evidente a preocupação dos enfermeiros em manter a privacidade em momentos específicos, como na mobilização dos clientes e na execução de técnicas invasivas, garantindo a privacidade respeitante da dignidade humana e do pudor.

A dimensão ética dos cuidados e a preocupação com a possibilidade de violação da intimidade dos clientes foram aspetos relevados na prática, que o ambiente hospitalar nem sempre favoreceu, tentando-se contornar todas as situações que colocassem em risco a vulnerabilidade dos clientes.

Esta atitude é suportada por Soares e Dall’Agnol (2011), na medida em que, “para que o respeito à privacidade do paciente como virtude ética no cenário hospitalar se concretize, depende do esforço e da dedicação consciente dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado” (p. 684).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2015), o enfermeiro deverá “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (p.8080).

As competências comuns do enfermeiro especialista remetem assim para a promoção e proteção dos direitos humanos, através do respeito dos clientes à sua privacidade, assumindo os enfermeiros a defesa dos direitos humanos.

No que concerne à dignidade humana, a UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2006), formulou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, onde, no Artigo n.º 3 menciona que “a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados” (p.6).

Esta declaração defende ainda que (UNESCO, 2006)

na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa (p.8).

A vulnerabilidade é uma característica inerente aos clientes em processo de doença crítica, devendo ser foco de atenção dos enfermeiros. A perceção dos clientes sobre a sua vulnerabilidade encontra-se diretamente relacionada com as situações que experienciou, tanto pessoais como de familiares ou amigos. A doença acarreta

vulnerabilidades que poderão condicionar as decisões para a ação dos clientes, sendo importante que o enfermeiro assuma um papel ativo tanto na prestação de cuidados, bem como na proteção dos direitos dos clientes. Neste sentido tentou-se sempre atender à autonomia dos clientes, tendo em conta as suas vontades e complementado os seus conhecimentos de acordo com as suas necessidades.

O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer que os seus clientes são livres e autónomos para determinarem as suas decisões de saúde, auxiliando na disponibilização de alternativas terapêuticas, explicando os riscos e os benefícios inerentes. Deverão ainda certificar-se que a informação foi clara e dirigida, para que o cliente seja capaz de tomar uma decisão informada e assertiva. Para que este princípio seja cumprido, a Direção Geral de Saúde, através da Norma n.º 015/2013, elaborou o Consentimento Informado, Esclarecido e Livre, “que pode ser expresso de forma verbal, oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia” (p.5). Desta forma, e segundo a mesma norma, após a transmissão da informação e seu esclarecimento, obriga a “um período de reflexão que emana da necessidade da pessoa avaliar qualitativamente a informação e o esclarecimento recebidos” (p.5).

O enfermeiro deve assegurar-se de que este princípio é cumprido, permitindo aos clientes decidirem ativamente sobre os cuidados de saúde que lhes são prestados.

Relativamente à responsabilidade profissional, estando integrada com os princípios éticos e deontológicos, permite ao enfermeiro responder pelos seus atos, tendo em conta os deveres que regem a profissão. Como consta na Lei n.º156/2015, “o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida” (p.8080).

Tomando como exemplo um caso decorrido no Estágio II, no qual foram instituídas num cliente estrangeiro medidas invasivas de suporte de vida. Em conversação com familiares foi possível aperceber-se de que o cliente teria mencionado não ser sua vontade ser submetido a este tipo de tratamentos e que os filhos pretendiam apoiar a decisão do pai. No entanto, com o cliente inconsciente e sem documentação escrita relativa à expressão deste direito, foi realizada reunião entre os chefes do serviço (médico e enfermeiro) e os filhos do cliente no sentido de esclarecer a manutenção das medidas de *life support*. Após três dias de internamento e sem evolução do estado clínico, tendo-se confirmada morte cerebral, foi tomada a decisão (conjuntamente com a família), de suspender as medidas de tratamento invasivo instituídas, vindo o cliente a falecer no final desse mesmo dia. Neste contexto, é possível atender à importância da comunicação com os clientes e seus familiares no sentido de identificar vontades escritas e verbais, atuando de

acordo com o preconizado para cada caso, tendo em conta a individualidade do cliente e da sua autonomia, respeitando os seus direitos e tornando-os elemento ativo do seu processo de tomada de decisão.

É fundamental que os enfermeiros se responsabilizem pela prestação de cuidados seguros, garantindo que os direitos dos clientes são mantidos, agindo em seu nome em prol da obtenção de ganhos em saúde, tendo em vista as possibilidades de recuperação e atuando respeitando os mesmos princípios em situação de morte iminente.

Esta foi uma preocupação crescente ao longo da prática profissional e na prestação de cuidados nos ensinamentos clínicos, onde as intervenções foram fundamentadas e suportadas por evidência, permitindo a prestação de cuidados de qualidade e com segurança, respeitando a individualidade de cada cliente e a sua capacidade de decisão sobre o seu tratamento.

A responsabilidade profissional, para a OE (2015) é cumulativa, ou seja, o seu exercício torna os enfermeiros cada vez mais responsáveis. Assim, o pensamento contínuo de que todas as intervenções implementadas são fundamentadas na mais atual evidência, permite que os enfermeiros ajam cada vez com mais responsabilidade perante os seus clientes, os seus pares e toda a equipa multidisciplinar.

A ética e a responsabilidade profissional aliam-se deste modo à demanda na proteção e defesa dos clientes, contribuindo para a tomada de decisão tendo por base os conhecimentos teórico-práticos fundamentados.

2.1.2. Da melhoria da qualidade à gestão dos cuidados

Com a evolução das ciências da saúde procurou-se sempre incrementar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes. A implementação de intervenções seguras e de qualidade contribuem para a evolução da enfermagem e permitem a especialização em diferentes áreas da prestação de cuidados.

O cuidado de qualidade é assim transversal a todas as intervenções que o enfermeiro implementa, devendo ser seu objetivo na prestação de cuidados aos clientes.

Cada vez mais as instituições de saúde têm-se focado na qualidade dos cuidados que os profissionais prestam, através de normas e projetos que pretendem definir e orientar uma prática de qualidade.

No que concerne aos indicadores de qualidade, cada instituição rege-se pelos padrões definidos pelo Ministério da Saúde. Encontra-se atualmente em implementação a “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020”, aprovada pelo Ministério da

Saúde no Despacho n.º5613/2015, cuja missão é “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” (p.13552). Esta estratégia visa ainda “assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão” (p.13552).

Pretende-se assim que sejam aplicadas as seguintes prioridades estratégicas conforme estipulado no Despacho n.º5613/2015: abordagem nas intervenções locais, nos serviços, nas unidades prestadoras e nas instituições; a melhoria da qualidade organizacional e clínica; o aumento da adesão às normas de orientação clínica; a monitorização permanente da qualidade e da segurança; a divulgação de dados de desempenho; o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde; a informação transparente aos cidadãos e o aumento da sua capacitação.

Para Pereira (2009) referido por Dias (2014), os indicadores são medidas que podem ser utilizadas como guias de orientação na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados na saúde.

No que concerne aos indicadores de cuidados de enfermagem, estes são específicos do estado de saúde das populações, evidenciando o contributo dos enfermeiros nos ganhos de saúde da população. A informação dada pelos indicadores deverá ser válida e consistente, para que a tomada de decisão ocorra a nível do cliente, do serviço, da instituição ou da região (Paiva, 2014).

Os indicadores de qualidade de enfermagem refletem assim a forma como os enfermeiros contribuem para a saúde da população e como planeiam, atuam e avaliam a sua ação profissional e processo de decisão autónomo. Segundo o Regulamento n.º124/2011, os enfermeiros especialistas são profissionais de destaque no desenvolvimento de projetos de avaliação de indicadores de enfermagem e de melhoria contínua da qualidade.

Avedis Donabedian (1966, 2005) recomendou que a qualidade fosse avaliada em três áreas: estrutura (aspetos do cuidado que não dependem do cliente, recursos humanos, materiais e organização dos serviços); processo (método e sequência de ações que promovem o resultado das intervenções); e resultado (efeito final obtido).

Donabedian (1966, 2005) instituiu ainda sete pilares de sustentação que definem a qualidade em saúde, sendo eles: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização dos recursos, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade.

Todas estas características potenciam a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, valorizando o papel dos enfermeiros e motivando os profissionais e os clientes na resolução das suas situações de doença.

Maier e Martins (2016) referem que qualquer instituição que almeje trabalhar com segurança e satisfação dos seus clientes e profissionais, melhorando a qualidade dos seus serviços, deverá instituir indicadores como ferramentas de gestão dos serviços de saúde, integrando-os nas políticas e metas organizacionais.

A temática dos indicadores de qualidade de enfermagem surge assim como um eixo transversal a todo este relatório, uma vez que incita à melhoria dos cuidados.

A OE (2001) refere que é dever de todos os enfermeiros melhorar a qualidade dos cuidados, exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos. Estas práticas deverão estar de acordo com o implementado a nível institucional, promovendo-se o cumprimento das diretrizes da organização.

O Despacho n.º 5739/2015 estabelece uma lista de indicadores de qualidade que as instituições deverão apresentar, sendo estes posteriormente avaliados pela DGS. Assim, estes dividem-se em indicadores de intervenções preventivas; indicadores de volume e utilização; indicadores de segurança; e indicadores pediátricos. Cada um destes indicadores pretende reforçar a informação disponibilizada, tornando-a extensível à qualidade dos cuidados prestados, reportada de forma transparente e clara, permitindo um maior conhecimento do desempenho do SNS pelos cidadãos, reforçando os mecanismos de responsabilização, da prestação e da gestão.

A OE (2001) refere como enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Assim, existem diversos projetos de melhoria da qualidade em implementação nas instituições de saúde, que pretendem melhorar a qualidade dos cuidados prestados em contextos específicos.

O SESARAM (2013) refere que a qualidade e a sua melhoria contínua são pilares fundamentais e estruturantes de uma organização que presta cuidados de saúde, em que uma das suas preocupações fundamentais traduz-se no objetivo de proporcionar cuidados cada vez mais adequados a cada cliente.

Ao longo da prática profissional tem-se propagado a colaboração nos projetos dos serviços onde se desenvolve a prática profissional. Estes projetos são transversais aos ensinos clínicos realizados no SESARAM (Urgência e Cuidados Intensivos). Nestes

contextos, os projetos em vigor para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente em enfermagem, englobam o risco clínico (quedas, UPP, dor, registos electrónicos, transporte do doente crítico, emergências intra-hospitalares, sistema de classificação de doentes, infeções nosocomiais e da comunidade, erros relacionados com fármacos, vigilância transfusional, agressões, óbitos inesperados), o risco não clínico (segurança contra incêndios, resíduos hospitalares, equipamento de trabalho, higiene e limpeza, visitas), a formação e a auditoria clínica (SESARAM, 2013). Cada projeto apresenta objetivos específicos a atingir por cada serviço, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Cabe assim ao enfermeiro atuar e colaborar no âmbito dos projetos institucionais, avaliando os riscos, realizando auditorias e implementando estratégias de melhoria da prestação de cuidados, normalizando e atualizando as soluções mais eficazes e eficientes.

Em cada um destes projetos encontra-se designado um elemento de ligação que é um enfermeiro do serviço, que executa a articulação entre a gestão e a aplicação de cada projeto no serviço. Este elemento é responsável pela formação e orientação dos restantes colegas relativamente à sua área específica de projeto. A presença deste elemento facilita a integração de conhecimentos e procedimentos, tendo em conta a visão da organização e da instituição.

Desde 2010 a discente iniciou funções de elemento de ligação das UPP, o que motivou um aumento de formação nesta área, permitindo a elaboração e aplicação de projetos nos serviços onde se procedeu ao desenvolvimento da atividade profissional. Neste sentido, a temática das UPP revela-se como área de interesse e de desenvolvimento de competências acrescidas no seio da instituição.

Revela-se fulcral a presença de um elemento no serviço, no que concerne à gestão e garantia da qualidade dos cuidados prestados, centrados nos clientes e focados na consecução dos objetivos institucionais, que permita *in loco* assistir e implementar as atividades.

No CHSJ os projetos são elaborados e implementados pelas comissões de apoio técnico, que posteriormente formam os profissionais dos serviços sobre as intervenções a implementar. Neste sentido, existe uma continuidade e aposta na formação e nos cuidados prestados, como forma de posteriormente melhorar indicadores de qualidade em saúde. No CHSJ constituíram-se as seguintes comissões para a melhoria dos cuidados prestados: Comissão de Ética para a saúde; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Controlo da Infeção; Comissão da Qualidade e Segurança do Doente; Comissão de

Coordenação Oncológica; Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez; Comissão Hospitalar de Transfusão (CHSJ, 2013).

Embora não existam nos serviços elementos de ligação, encontra-se em desenvolvimento um modelo semelhante ao existente no SESARAM no que concerne aos elementos de ligação na área das feridas crónicas. Apesar desta estratégia se encontrar em evolução, salienta-se a sua importância não só na área das feridas, mas também na integração de outros projetos institucionais, promovendo a qualidade dos cuidados.

Considera-se esta uma área contínua de investimento, tanto institucional como pessoal, em que os enfermeiros deverão procurar aplicar as últimas evidências científicas no desenvolvimento de cuidados de enfermagem cada vez mais individualizados, de qualidade e seguros.

Esta ideia de segurança é suportada por Laurenti, Domingues, Gabasse e Zem-Mascarenhas (2015) ao referirem que a segurança dos clientes aplica-se a iniciativas para evitar, prevenir e reduzir resultados adversos decorridos dos cuidados de saúde. “As estratégias de melhoria da qualidade das instituições de saúde devem evidenciar a segurança do paciente através de práticas que previna erros comuns e evitáveis” (Laurenti *et al.*, 2015, p. 95).

Aliado ao conceito de qualidade surge o conceito de gestão em saúde. Para Menezes (2010), mencionado por Mateus e Serra (2017), os hospitais apresentam-se como uma das estruturas mais complexas da sociedade moderna, distinguindo-se pela confluência de atividades diversificadas num ambiente de inovação tecnológica, contemplando profissionais diferenciados nas áreas científicas, técnicas, administrativas e de serviços gerais. A gestão de recursos humanos adota um papel fundamental em todos os processos organizacionais, na medida em que assumem uma importância acrescida no ensino, na formação e na investigação (Mateus & Serra, 2017).

Para Sousa *et al.* (2006), mencionados por Mateus e Serra (2017), as pessoas são recursos que devem ser otimizados para poderem ser utilizados com eficiência, constituindo um elemento dinâmico e diligente nas organizações. É assim essencial o reconhecimento da importância da eficiência e relevância da função dos recursos humanos, na definição de políticas ativas, que atraiam e motivem os colaboradores e trabalhadores da instituição.

Parreira (2005) e Tappen (2005) referidos por Mateus e Serra (2017) afirmam que “as competências administrativas concernem ao planeamento, organização, controlo, capacidade em seguir políticas, procedimentos (...) preparação e administração de orçamentos bem como a manutenção da estabilidade da organização” (p.52).

O conceito de gestão encontra-se intimamente ligado ao conceito de liderança que consiste no processo de influenciar e apoiar as pessoas, originando uma identificação dos objetivos e metas que permita trabalharem com entusiasmo na concretização de determinados objetivos (Ferreira, Neves & Caetano, 2011).

Mateus e Serra (2017) afirmam que o gestor é o “cérebro da organização no sentido em que deve planear, avaliar, e lidar com as demandas organizacionais de forma complexa, enquanto que o líder deve de forma arrojada influenciar o grupo a lidar com as mudanças de forma inovadora e coordenada” (p. 76).

A gestão engloba várias vertentes, sendo uma delas os recursos humanos. A dotação adequada de enfermeiros é aspeto relevado no Regulamento n.º533/2014, afirmando que o nível de qualificação e de competência dos enfermeiros são “aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização” (p.30247).

Desta forma, de acordo com o Regulamento n.º533/2014, o cálculo das necessidades de dotação de enfermeiros deve abranger muito mais do que o número de horas de cuidados por cliente e por dia ou dos tempos médios utilizados em determinados procedimentos, devendo considerar-se assim as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação.

Ao longo dos ensinamentos clínicos e da prática profissional, constatou-se que a distribuição de enfermeiros se realiza através de sistemas de classificação de doentes, baseados nos números de horas de cuidados por dia, sendo posteriormente atribuídos clientes a cada enfermeiro segundo as horas despendidas por cliente. Esta situação não se verificou no SU, uma vez que os enfermeiros são destacados por alas dentro do serviço. No SMI do Hospital Dr. Nélio Mendonça, a distribuição do plano de trabalho é realizada através do *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28), instrumento que permite classificar os doentes tendo em conta aspetos específicos da prestação de cuidados em unidades de cuidados intensivos. A distribuição de clientes decorre de forma semelhante ao anteriormente descrito, por horas de cuidados diários.

Na UCIPU do CHSJ, embora se realizasse diariamente o TISS-28, este não é base para a distribuição de enfermeiros. Sistemáticamente, cada enfermeiro é responsável por duas camas, cuja rotatividade é mensal, prestando cuidados aos mesmos clientes, nos mesmos leitos, independentemente das horas de cuidados por dia. Considera-se que este método de distribuição não tem em conta a carga horária de cada cliente, podendo originar sobrecarga do trabalho de enfermagem, embora promova a continuidade de cuidados e a valorização das competências de cada enfermeiro.

Revela-se portanto necessário que a dotação segura dos cuidados de enfermagem tenha em conta não apenas os clientes e as horas de cuidados que despendem por dia, mas também a competência profissional individual dos enfermeiros, na medida em que irá valorizar os profissionais, incentivando a formação e o desenvolvimento de competências acrescidas.

Ao longo da atividade profissional e dos ensinamentos clínicos foi possível atuar a nível da gestão dos cuidados e dos recursos humanos e materiais, bem como advogar pela qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo em conta a missão de cada serviço.

No Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Nélio Mendonça acompanhou-se o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como chefe de equipa de enfermagem, colaborando-se na gestão de recursos humanos e materiais e na resolução de situações emergentes no âmbito da sua intervenção.

Na UCIPU do CHSJ houve oportunidade de se colaborar na gestão do serviço, também a cargo da enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica como chefe de equipa.

Em qualquer um destes serviços, a função de chefe de equipa realizou-se pelos mesmos moldes, sendo que aos fins de semana e feriados, por não se encontrar presente o Enfermeiro Chefe, estes enfermeiros não ficavam com clientes atribuídos em plano, focando-se o seu trabalho na gestão do serviço em todas as suas vertentes.

A manutenção de um ambiente terapêutico seguro é também foco de atenção dos enfermeiros especialistas, na medida em que irá potenciar as qualidades de cada elemento da equipa, atuando de forma consciente, informada e segura na prestação de cuidados, otimizando-se a relação terapêutica com os clientes.

Considera-se assim que a gestão em enfermagem, apesar de complexa, estrutura-se segundo a missão de cada instituição, contemplando a administração, a liderança, a competência, a supervisão de cuidados, a segurança, e a melhor utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis.

É fundamental que o enfermeiro especialista tenha conhecimento sobre a estrutura institucional e os objetivos dos serviços onde prestam cuidados, para que possa atuar na gestão tanto de recursos humanos como materiais. O conhecimento e a compreensão dos valores e missões institucionais no que concerne à melhoria da prestação de cuidados são essenciais para que se possam elaborar e reformular protocolos de intervenção que garantam a segurança dos clientes e a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O desenvolvimento de competências específicas prende-se com o âmbito da prestação de cuidados que o enfermeiro seleciona como área de especialidade. Desta forma, cada área engloba diferentes competências, com diferentes objetivos a ser atingidos para que o enfermeiro seja reconhecido como especialista nessa determinada área.

O Regulamento n.º122/2011 define competências específicas como as competências decorrentes “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.3).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, devido ao seu leque desenvolvido de competências, tem diferentes focos de atenção na sua intervenção aos clientes. Uma abordagem holística e que permita identificar focos de instabilidade no doente crítico é ponto fulcral da sua intervenção. Assim, a sua prática desenrola-se em cenários em que os clientes apresentam instabilidades hemodinâmicas, com falência multiorgânica, geralmente associadas aos serviços de urgência e de cuidados intensivos.

Le Boterf (2006), autor incontornável e especialista em gestão e desenvolvimento de competências, com diversas publicações, afirma que existem três dimensões da competência: a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais); a dimensão da ação e dos resultados que ela produz, ou seja, a das práticas profissionais e do desempenho; e a dimensão da reflexividade, que corresponde ao distanciamento em relação às duas anteriores dimensões.

Neste sentido, ao longo do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, tanto na vertente teórica como na vertente prática através dos ensinamentos clínicos, o foco do cuidado foi o doente crítico e o desenvolvimento das competências específicas desta área de prestação de cuidados.

As competências a desenvolver como enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica são três: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta adequada e em tempo útil (OE, 2011).

De acordo com o Regulamento n.º124/2011, cada competência engloba unidades de competência, que se constituem como um segmento maior da competência, representando uma função *major* ou um conjunto de elementos de competência que revelam uma realização concreta.

Seguidamente serão apresentadas as competências específicas, tendo em conta cada uma das três competências anteriormente referidas.

2.2.1 A complexidade do cuidar no doente crítico

O doente crítico, por definição segundo o Regulamento n.º124/2011, apresenta uma complexidade de situações de saúde que exigem do enfermeiro especialista uma mobilização de conhecimentos e habilidades para responder prontamente e de forma holística às alterações do seu estado de saúde.

Os enfermeiros que exercem na área de cuidados ao doente crítico prestam cuidados de maior complexidade técnica, que exigem conhecimentos científicos aprofundados e a capacidade para tomar decisões imediatas. É fundamental que o enfermeiro se revesta de conhecimento, tanto teórico como prático para poder prestar cuidados seguros e de qualidade, tendo em vista as mais recentes evidências científicas.

Para Le Boterf (2003), o profissional competente é aquele que sabe atuar em situações diversas, para além do prescrito e tomando iniciativas quando necessário. A administração da complexidade é, para este autor, o maior desafio para os trabalhadores competentes, uma vez que para a administração se efetivar, é necessário um conjunto de qualidades, definido em cinco ações principais: saber agir e reagir com pertinência; saber combinar recursos e mobilizá-los; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender; saber envolver-se. Um conjunto de qualidades inter-relacionadas num contexto prático soma-se com o objetivo de não só desenvolver competências, mas também profissionalismo. Assim, centralizando a competência e o profissionalismo como objetivos, surgem três ações que permitem alcançá-los: querer agir, saber agir e poder agir (Le Boterf, 2003).

Para Benner (2001) a competência desenvolve-se ao longo de toda a vida profissional, gradual e temporalmente. Esta autora, que defende a evolução do enfermeiro de iniciado a perito afirma que o perito não se apoia sobre um princípio analítico, mas compreende de forma intuitiva as situações e apreende os problemas de forma direcionada à sua intervenção. Esta autora considera o enfermeiro competente quando este toma consciência da sua prática em termos de objetivos, ou seja, tem competências para planear

e coordenar os cuidados de acordo com as necessidades do cliente; e considera o enfermeiro proficiente quando aprende pela experiência, apercebendo-se das situações na sua globalidade, orientando de forma eficiente o processo de tomada de decisão (Benner, 2001).

A prestação de cuidados ao doente crítico reveste-se de diversas ações para que se possa atingir a competência e o profissionalismo tendo em vista a complexidade dos cuidados exigidos nestes doentes. No contexto do doente crítico, os enfermeiros e toda a equipa multidisciplinar confrontam-se constantemente com o binómio vida/morte e, devido às características tecnológicas e científicas dos serviços onde se encontram estes doentes, faz-se necessária a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade, fundamentais para manter a vida humana (Camelo, 2012).

É ainda fundamental que o enfermeiro especialista alie à fundamentação teórica o trabalho, o empenho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de formação e ensino, a maturidade e a estabilidade emocional para cuidar da pessoa em situação crítica (Camelo, 2012).

A complexidade do cuidar do doente crítico assenta, segundo o Regulamento n.º 124/2011, em seis unidades fundamentais: a prestação de cuidados; a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos; a gestão diferenciada da dor e do bem-estar; a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica; a gestão da comunicação interpessoal; e a gestão da relação terapêutica.

O cuidar do doente crítico engloba não só o próprio doente e a sua situação de transição saúde/doença, mas também todos os aspetos relacionados com os protocolos implementados, com o bem-estar e com a assistência emocional ao cliente e sua família.

É neste âmbito que se desenvolve o cuidar da pessoa em situação crítica, sendo seguidamente desenvolvidos os métodos de consecução das unidades de competência mencionadas.

A prática profissional contribui em muito para a promoção do aumento da experiência e do conhecimento científico, agregando competências específicas do exercício da profissão. Com a realização das unidades curriculares do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, complementou-se o conhecimento e agregou-se novas evidências científicas no que se refere à prestação de cuidados ao doente crítico.

O desenvolvimento de competências no que se refere aos ensinamentos clínicos iniciou-se em contexto do SU, onde cuidou-se do doente crítico urgente e emergente, desde a sua admissão ao hospital até ao seguimento para serviços de internamento mais diferenciados. No momento de admissão aplicou-se a Triagem de Manchester, um processo desenvolvido

por fluxogramas que permite identificar a prioridade de atendimento dos clientes que recorrem ao SU. Contempla vários discriminadores que permitem triar e atribuir cores e níveis de prioridade segundo os sinais e sintomas apresentados. Esta forma de triagem vai de encontro ao preconizado pela DGS na Norma n.º002/2015, referindo que a Triagem de Manchester tem como objetivos a definição do nível de prioridades e a identificação objetiva e sistematizada de critérios de gravidade, designando a prioridade clínica de atendimento do doente e o referente tempo alvo recomendado até à primeira observação médica. O papel do enfermeiro triador como primeiro elemento de contacto com os clientes do SU revela-se assim essencial na avaliação inicial, potenciando uma tomada de decisão rápida e eficaz no encaminhamento do cliente, através da priorização de atendimento.

Outro dos aspetos fundamentais na admissão dos clientes ao SU foi a ativação das vias verdes, reguladas pelo Despacho n.º10319/2014, e que constituem sistemas de resposta rápida, constituídos por algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de certas atuações é determinante para o resultado terapêutico.

As vias verdes instituídas no Hospital Dr. Nélio Mendonça são: Via Verde da Sépsis, Via Verde Coronária, Via Verde do Acidente Vascular Cerebral e Via Verde do Trauma. Cada via tem um protocolo de atuação que encaminha os clientes num circuito próprio para o tratamento mais eficaz e eficiente.

A prestação de cuidados em contexto de SU possibilitou o cuidar de clientes acometidos por diversas morbilidades agudizadas (insuficiências respiratórias e cardíacas, entre outras) e por situações com maior gravidade ou iminência de vida (PCR, lesões medulares, doentes cirúrgicos, traumatismos, entre outros).

A atuação do enfermeiro em sala 0 (ou de reanimação) contribuiu para o desenvolvimento das competências de SAV, já adquiridas mediante realização de provas teórico-práticas na unidade curricular de Urgência e Emergência, bem como pela experiência profissional como elemento da equipa de emergência intra-hospitalar da Unidade de Cuidados Especiais, local onde atualmente se desenvolve a prática profissional. Em unidade curricular desenvolveram-se também competências avançadas no SBV com DAE e abordagem a vítimas de trauma.

A prestação de cuidados a clientes em contexto de SU permitiu a aplicação da metodologia do processo de enfermagem de forma sistemática e rápida, permitindo a compreensão da complexidade da intervenção dos enfermeiros neste contexto, no que

concerne à tomada de decisão eficiente e eficaz, bem como na definição de prioridades de intervenção.

A gestão dos clientes pode tornar-se uma tarefa difícil, como afirmam Oliveira, Vancini-Campanharo, Lopes, Barbosa, Okuno e Batista (2016), no sentido em que reconhecer a relação da gravidade e complexidade dos casos auxilia na tomada de decisão e na gestão adequada das emergências, sendo necessário que o enfermeiro detenha competências nesse sentido. Neste contexto, o enfermeiro especialista destaca-se por ter maiores conhecimentos e proficiências no cuidar do doente crítico.

A identificação de uma necessidade no que concerne à formação de enfermeiros neste contexto possibilitou a realização de uma sessão formativa intitulada “Ventilação não invasiva: Cuidados de enfermagem”. Esta formação visou esclarecer e atualizar conhecimentos dos enfermeiros, sendo a Ventilação Não-Invasiva (VNI) cada vez mais utilizada neste contexto. Pretendeu-se assim de forma sistemática apresentar os cuidados de enfermagem imediatos e os cuidados subsequentes na utilização da VNI. A formação foi direcionada para os enfermeiros do serviço, tendo a presença de todos os enfermeiros presentes no turno da manhã, que consideraram a formação pertinente e importante no que concerne à atualização de conhecimentos segundo as mais recentes evidências. Contribuiu-se assim para a divulgação de conhecimentos e de práticas baseadas na evidência, tornando a equipa mais forte em competências para lidar com este tipo de clientes.

No contexto de cuidados intensivos, no SMI do Hospital Dr. Nélio Mendonça e na UCIPU do CHSJ, prestaram-se cuidados a doentes críticos com falência de um ou mais órgãos, revelando-se a importância do conhecimento e da competência dos enfermeiros na identificação de focos de instabilidade e na intervenção sistemática e rigorosa, contribuindo para a estabilidade hemodinâmica e para ganhos em saúde para os clientes.

No que concerne à UCIPU, é importante salientar que grande parte da equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, e que esse foi um ponto fulcral na observação, colaboração e prestação de cuidados segundo a perspectiva de uma equipa altamente competente na enfermagem médico-cirúrgica.

O acompanhamento de enfermeiros chefes de equipa permitiu observar e colaborar na gestão dos serviços e perceber a conduta do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica como uma referência e um suporte para os restantes profissionais.

A prestação de cuidados a clientes com Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto (SDRA) submetidos a *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) possibilitou

a aquisição de novos conhecimentos e competências no cuidar específico destes clientes. De acordo com a Extracorporeal Life Support Organization (ELSO), mencionada pela OE (2013), a técnica ECMO deverá ser implementada em unidades de cuidados intensivos localizadas em centros de grande diferenciação técnica, e cuja utilização não seja inferior a seis casos por ano, mantendo assim o nível mínimo de experiência clínica. Esta orientação verificou-se no CHSJ, sendo que o Hospital Dr. Nélio Mendonça apresentou um número de casos inferior a 6 anuais. Não obstante este fato, os enfermeiros e os médicos dotaram-se de formação e conhecimento avançado sobre a prestação de cuidados nesta área em específico, tendo em conta o aumento do número de doentes que são submetidos a esta técnica. A razão prende-se com os benefícios desta técnica terapêutica no sentido da assistência a clientes com insuficiência respiratória aguda ou agudizada e/ou cardíaca severa, com potencial de resolução, em situações em que a terapêutica convencional não encontra efetividade (OE, 2013).

Nestes serviços foi fundamental a aplicação da metodologia do processo de enfermagem, como forma de proporcionar a continuidade dos cuidados, garantindo a qualidade dos mesmos. A realização de planos de cuidados individualizados e holísticos permitiu aprofundar não só o conhecimento de técnicas terapêuticas complexas, mas também relacionais com os clientes e suas famílias, bem como avaliar a evolução dos clientes tendo em conta as intervenções de enfermagem delineadas e implementadas, resultantes em ganhos de saúde.

Tendo em conta os focos de instabilidade a que o doente crítico se encontra potencialmente sujeito, foi fundamental o desenvolvimento da responsabilidade, no que concerne não só à prestação de cuidados, mas também na coordenação e gestão das intervenções fundamentadas, como meio de tomada de decisão. Esta tomada de decisão pressupõe o conhecimento da instituição, do serviço e da sua missão, identificando as necessidades dos clientes e elaborando planos de cuidados individualizados e avaliando-os.

Esta ideia é suportada por Camelo (2012) quando refere que as habilidades para a tomada de decisão compõem-se do pensamento crítico sobre as situações e do julgamento das perspetivas de ação. As competências a ser adquiridas passam assim pela gestão do processo de tomada de decisão, “composto pelo estabelecimento de objetivos, procura de alternativas, escolha, implementação e avaliação” (Camelo, 2012, p. 5).

Tendo ainda como foco os estágios, ao longo dos mesmos desenvolveu-se um projeto de desenvolvimento de competências acrescidas na área da prevenção das UPP.

Atendendo os contextos onde o doente crítico é admitido e cuidado, bem como a complexidade das suas situações de doença, este muitas vezes encontra-se limitado ao leito

até que atingida estabilidade hemodinâmica. A imobilidade, associada a outros fatores de risco previamente mencionados, predispõe estes clientes ao desenvolvimento de UPP. Neste contexto, a atuação passou pela atualização do conhecimento sobre a etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, prevenção e tratamento de UPP, bem como pela aplicação das medidas preventivas evidenciadas na pesquisa bibliográfica, tendo em conta cada contexto clínico. No SU, embora de forma mais generalizada foram realizadas as medidas preventivas de acordo com as características dos clientes, tendo em conta o circuito dos mesmos no serviço e no encaminhamento para serviços de internamento diferenciados. Nas unidades de cuidados intensivos atuou-se, através do método de enfermeiro responsável e pela aplicação do processo de enfermagem, na prevenção das UPP mediante as normas, protocolos e recomendações das instituições e de organizações certificadas, como a NPUAP/EPUAP (2014). Para além do desenvolvido na vertente prática dos ensinamentos clínicos, procurou-se sistematizar a atuação dos enfermeiros na prevenção das UPP através da elaboração de um documento resumo das recomendações da NPUAP/EPUAP (2014) vocacionado para o doente crítico. Este documento foi disponibilizado à equipa de enfermagem no Estágio III, potenciando a atuação dos enfermeiros na área da prevenção, através da instituição de princípios orientadores da prática. Para além desta documentação, procedeu-se ainda à elaboração de um plano de cuidados na prevenção de UPP nos doentes com *score* de alto risco na Escala de Braden, com o objetivo de sistematizar a intervenção de enfermagem tendo em conta as últimas evidências científicas e as características do doente crítico.

Procurou-se aprofundar esta temática, cada vez mais relevante no cuidar do doente crítico, pela pesquisa bibliográfica, pela consulta de protocolos, mas também pela participação no Congresso da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APTF) 2016 em Novembro na Exponor, cuja temática principal foi o Avaliar, Prevenir e Tratar Feridas. A participação neste evento permitiu adquirir conhecimentos recentes não apenas sobre UPP, mas também sobre outros tipos de feridas. A participação neste congresso permitiu ainda ter contacto com novos materiais disponibilizados pelas empresas médicas e farmacêuticas, atualizando-se assim o conhecimento sobre os materiais disponíveis tanto para a prevenção como para o tratamento de feridas crónicas. A formação desempenhou um papel fundamental na prestação de cuidados ao doente crítico com UPP e em risco de desenvolvimento de UPP.

Laurenti *et al.* (2015) corroboram, no que concerne às UPP, que a intervenção de enfermagem deve ser realizada com eficiência, garantindo a qualidade dos cuidados.

A implantação de recomendações pretendeu dotar os enfermeiros de capacidades reflexivas sobre os cuidados prestados, bem como aumentar conhecimentos e gerir procedimentos na prestação de cuidados, relacionadas com a área específica das UPP.

Tendo em conta a prestação de cuidados de enfermagem numa complexidade de situações, é necessário que se estabeleçam diretrizes de intervenção ou assistência, de modo a homogeneizar as ações das equipas multidisciplinares. Benner (2001) afirma que “os protocolos, diretivas visando obter cuidados de qualidade podem ao mesmo tempo ir ao encontro da noção de individualização dos cuidados” (p.179).

Fugaça, Cubas e Carvalho (2015) suportam esta afirmação, ao referir que os protocolos “são ferramentas planeadas para determinada condição clínica, com o objetivo de implementar as diretrizes assistenciais na prática clínica e servem para unificar e direcionar a conduta da equipe multiprofissional” (p. 1053).

A utilização de protocolos proporciona uma evolução no cuidado e na qualidade do mesmo, na medida em que a sua finalidade é orientar a intervenção dos profissionais de saúde, conferindo conhecimentos acrescidos e seguros nos procedimentos a realizar.

No decorrer dos ensinamentos clínicos denotou-se a importância do conhecimento de procedimentos gerais das instituições e de protocolos específicos dos serviços de urgência e cuidados intensivos. Procurou-se desenvolver o conhecimento e a sistematização dos protocolos nas intervenções aos clientes, obtendo ganhos em saúde e prestando cuidados seguros e de qualidade.

As estratégias de intervenção perante o doente crítico encontram-se associadas à melhoria dos indicadores de processo (como sejam a classificação de riscos e a tomada de decisões baseadas em evidências) e de resultados (adesão aos tratamentos, resolução das situações de doença, transições saudáveis e maior satisfação dos clientes e suas famílias) (Silva, Barreto, Arruda & Marcon, 2016).

Consultou-se assim os manuais das instituições, bem como os específicos dos serviços onde decorreram os ensinamentos clínicos. Procurou-se ainda ter o conhecimento sobre os planos de integração de novos enfermeiros nos serviços e as funções dos profissionais de enfermagem delineadas para cada serviço. No SU e no SMI, por pertencerem à mesma instituição, os protocolos gerais (Manuais do risco clínico e Risco não clínico; Administração de medicação endovenosa; Manual de transfusão de componentes sanguíneos; Protocolo de prevenção da transmissão cruzada por colonização/ infeção por MRSA; Entubação endotraqueal e cuidados de enfermagem ao doente entubado; Prevenção da infeção do trato urinário associada a algaliação; Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos; entre outros) são idênticos, tendo

sido necessário recorrer-se à consulta de protocolos específicos dos serviços. No SU consultou-se e aplicou-se especificamente os protocolos: Manual do Serviço de Urgência; Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas; Plano de Catástrofe Externa; Plano de Emergência – Acidente com Multivítimas; Atuação dos Enfermeiros em Situações de Urgência/Emergência na Sala de Imediatos; Funções dos Profissionais de Enfermagem no Serviço de Urgência; Norma de Encaminhamento de Doentes da Triagem. No SMI os protocolos específicos consultados e aplicados foram: Monitorização do potássio sérico; Aspiração de secreções em sistema fechado/subglóticas; Ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar; Heparinização de soros e cateteres; Monitorização hemodinâmica invasiva pelo método PiCCO; Manuseamento do equipamento de PIC; Monitorização da Pressão Arterial Invasiva; Cuidar de doente com tubo endotraqueal; entre outros).

NA UCIPU, por se tratar de uma instituição distinta, foi necessário consultar os protocolos gerais (Precauções de isolamento; Melhoria da qualidade e segurança do doente; Prevenção da pneumonia associada aos cuidados de saúde; Prevenção da infeção da ferida cirúrgica; Colheitas biológicas; Manuseamento de cadáver; Manual da assistência espiritual e religiosa hospitalar; Protocolo de farmacovigilância; Protocolo de rastreio nutricional; Guia de boa prática no tratamento de feridas; entre outros) e aplicar os protocolos específicos do serviço, nomeadamente: Manutenção do Cateter Vascular Central; Algoritmo de administração e avaliação de resposta a fluidos; Hemicraniectomia descompressiva no enfarte extenso da artéria cerebral média; Norma para o uso de dispositivos mecânicos; Hipotermia pós- PCR; Troca de cânula e descanulação em doentes com traqueostomia; Protocolo de abordagem terapêutica da fibrilhação auricular; Protocolo de sedação e analgesia; Protocolo de controlo glicémico com insulina em perfusão EV; Protocolo de drenagem intra-ventricular; entre outros.

Atendeu-se à especificidade de cada serviço e de cada cliente na pesquisa realizada e nos documentos consultados, aplicando os protocolos em vigor nas instituições, enquadrando-se nas intervenções autónomas ou interdependentes. Foi assim possível comprovar a relevância da elaboração e aplicação de protocolos diferenciados, mediante os diagnósticos inicialmente formulados, implementando as respostas de enfermagem apropriadas, monitorizando e avaliando a adequação das mesmas aos problemas identificados.

A elaboração de protocolos segundo as mais recentes evidências científicas contribui não só para a sistematização dos cuidados de enfermagem e para a uniformização de procedimentos, mas também para a melhoria da qualidade das intervenções.

O cuidar complexo visa compreender o ser humano em todas as suas vertentes e atender às suas necessidades básicas, identificando e resolvendo problemas através da metodologia do processo de enfermagem.

No que concerne à competência do cuidar do doente crítico, um dos fatores a ter atenção, de acordo com o Regulamento n.º124/2011 é a gestão da dor e do bem-estar dos clientes.

A dor destaca-se como um dos principais motivos que levam ao sofrimento humano, originando incapacidades que se refletem na qualidade de vida dos clientes, proporcionando repercussões psicossociais e económicas.

A dor pode ser definida como uma experiência complexa que consiste numa resposta fisiológica e emocional a um estímulo nocivo. Por outros termos, a dor é um mecanismo de alerta que visa a proteção do organismo. É subjetiva e difícil de quantificar, uma vez que possui tanto uma componente sensorial, como uma componente emocional (Acedo, 2014).

Ribeiro (2013) afirma que “a experiência da dor, a sua interpretação, a resposta ao nível de sofrimento provocado pela dor é fortemente afetada pelas atitudes da pessoa, pelas crenças e pela sua personalidade” (p.33). Esta ideia é suportada por Acedo (2014), ao defender que apesar da base neuroanatômica de recepção da dor seja desenvolvida antes do nascimento, “as respostas individuais perante a dor são aprendidas durante a infância e são afetadas pela vertente social e cultural” (p. 24).

Pela complexidade em definir a dor e pelas diferentes vertentes em que esta se manifesta, em 1996 a *American Pain Society* introduziu a dor como 5.º sinal vital, sendo este fato posteriormente reconhecido em Portugal, pela Circular Normativa n.º9/DGCG/2003. De acordo com a Circular Normativa n.º11/2008, o controlo da dor é encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, devendo ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais.

Diversos programas têm surgido ao longo do tempo como meio de auxiliar na avaliação e gestão da dor pelos profissionais de saúde. Em 2013 foi aprovado o “Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor”, com o objetivo de introduzir e reforçar a capacidade organizativa e de modelos de boas práticas na abordagem da dor. Direcionada também para este foco de grande relevância na prestação de cuidados de enfermagem, a OE publicou em 2008 o documento “Dor - Guia orientador de boa prática”, que se mantém atualmente em implementação. Estes documentos pretendem dotar os profissionais de conhecimentos e orientar para os princípios científicos que relevam o envolvimento dos clientes na avaliação e no tratamento da sua dor (OE, 2008).

No doente crítico, muitas vezes incapacitado por diversas morbilidades, torna-se fundamental a identificação da presença de dor, possibilitando uma intervenção adequada e individualizada, realizada mediante tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. A dor deverá assim ser avaliada no momento de admissão hospitalar, sendo monitorizada regularmente segundo o estabelecido em plano de cuidados, possibilitando o seu controlo, até à saída do ambiente hospitalar. Esta linha de pensamento vai de encontro ao que afirmam Silva *et al.* (2016), sendo necessário monitorizar a dor desde a admissão do cliente ao SU até ao momento da alta hospitalar.

O doente crítico, para Fortunato, Furtado, Hirabae e Oliveira (2013), merece especial destaque, “pois devido ao quadro clínico e ao ambiente que estão submetidos podem ter dificuldades de expressar fisicamente dor. A maioria desses clientes experimenta dor, medo e ansiedade e isto pode retardar (...) a recuperação” (p.110).

Esta ideia é suportada por Aquino, Góes e Malcher (2016) ao afirmar que “o alívio da dor é essencial para a recuperação adequada do paciente” (p. 4).

Tendo em conta o circuito do doente crítico em meio hospitalar, foi fundamental o início dos ensinamentos clínicos se desenrolar no SU, porta de entrada dos clientes no meio hospitalar. Observou-se a importância e relevância da dor no momento da aplicação da Triagem de Manchester, como descritor passível de alterar prioridades de atendimento, segundo a sua intensidade. A atenção e o cuidado prestado na gestão da dor iniciam-se com a identificação de evidências fisiológicas e emocionais da dor, que variam de pessoa para pessoa e de sociedade para sociedade. As vivências individuais de dor contribuem para manifestações distintas na presença da mesma. É assim fundamental que o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica tenha a capacidade de identificar evidências de dor e mal-estar, através das capacidades de observação e escuta ativa, aliadas à experiência profissional. Como afirmam Fortunato *et al.* (2013), o alívio da dor é fundamental para auxiliar num melhor prognóstico, numa melhor recuperação e na melhoria da qualidade de vida no doente crítico. Quando não existe gestão e controlo da dor podem ocorrer alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, aumentando a probabilidade de ocorrer instabilidade cardiovascular e aumento do gasto energético (Fortunato *et al.*, 2013)

O processo de avaliação da dor engloba vários aspetos relacionados com a obtenção de informação, tais como a data de início, a localização, a intensidade, a duração, a periodicidade dos episódios álgicos, as qualidades sensoriais e afetivas do cliente, os fatores que iniciam, aumentam ou diminuem a intensidade da dor (Fortunato *et al.*, 2013).

Para auxiliar os enfermeiros na avaliação da intensidade da dor, existem diversas escalas passíveis de ser aplicadas ao doente crítico. A aplicação de escalas de avaliação da

dor transcende instituições e serviços específicos, sendo aplicadas escalas ajustadas ao cliente a quem serão prestados cuidados. Assim, no SU, as escalas de avaliação de intensidade da dor mais utilizadas são: a escala visual / verbal numérica, que objetiva a mensuração da intensidade da dor em valores numéricos; a escala visual analógica, onde deve existir a visualização da escala pelo cliente e posterior identificação do grau da intensidade da dor; a escala de faces, que utiliza descritores visuais através de expressões faciais que refletem a intensidade da dor. Estas escalas são adequadas a cada cliente, segundo as suas capacidades, fornecendo dados para uma intervenção apropriada na resolução da dor.

No contexto dos estágios nas unidades de cuidados intensivos, constatou-se as limitações na expressão de dor pelos clientes, associadas à utilização de sedativos e à implementação de ventilação mecânica invasiva. Nestes clientes, segundo Fortunato *et al.* (2013), existem critérios que podem sugerir episódios de dor, como: traumatismos múltiplos, doenças articulares com deformidades, úlceras de pressão, pós-operatórios de cirurgias de médias e grandes dimensões, queimaduras extensas, exames e procedimento invasivos, procedimentos potencialmente dolorosos, presença de drenos, entre outros. Estes procedimentos podem influenciar na presença de dor, sendo dever do enfermeiro estar desperto para as evidências e manifestações da mesma.

Abordando o doente crítico em unidades de cuidados intensivos, empregou-se a escala de dor comportamental *Behavioral Pain Scale* (BPS), indicada para a avaliação da dor em clientes sedados e/ou sob ventilação mecânica. Esta escala tem uma pontuação variável entre 3 e 12, avaliando a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a sincronia com o ventilador. Fortunato *et al.* (2013) confirmam que “esta escala contempla a maior quantidade de parâmetros a serem observados no paciente crítico, visando avaliá-lo de forma completa” (p. 116).

A aplicação destas escalas, tanto no SU como nas unidades de cuidados intensivos, permitiu, através de uma avaliação adequada, implementar medidas de controlo farmacológico e não-farmacológico da dor.

A intervenção na gestão da dor é foco do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e é implementada após a correta avaliação e monitorização da dor. O tratamento, tanto farmacológico como não-farmacológico visa não só aliviar os aspetos físicos da manifestação de dor, mas também os emocionais.

O tratamento farmacológico permite, através da administração de fármacos o alívio da dor, recorrendo-se a medicação analgésica, a anti-inflamatórios não esteróides e a opióides, bem como à medicação adjuvante, como os relaxantes musculares e ansiolíticos,

entre outros. (OE, 2008). A administração destes fármacos, embora seja uma intervenção interdependente, é gerida pelo enfermeiro,

O tratamento da dor requer uma abordagem abrangente, que deverá ir além do tratamento farmacológico. Neste sentido, o tratamento não-farmacológico tem sido recomendando como adjuvante na gestão da dor. Num estudo de Castillo-Bueno *et al.* (2010), mencionados por Ribeiro (2013), foram identificadas diferentes intervenções não-farmacológicas para alívio da dor, tais como a educação e estimulação sensorial, a musicoterapia, os programas cognitivocomportamentais, os programas psico-educativos, programas de exercícios físicos, terapias de campo magnético e a imaginação guiada. Podem ainda ser utilizadas a crioterapia, a termoterapia, a aromaterapia, a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), a reabilitação, a imobilização, o posicionamento e a acupuntura (Vicente, 2016).

Vicente (2016) afirma que a aplicação de medidas não-farmacológicas melhoram a terapêutica da dor, potenciando os seus efeitos, melhorando a qualidade de vida do cliente, permitindo reduzir as doses de fármacos e conseqüentemente diminuir as reações adversas e interações associadas.

Na prática, é possível observar que a maioria das terapêuticas implementadas pelos enfermeiros resulta essencialmente da prescrição medicamentosa ou de outros tratamentos médicos, originando intervenções que se focam na administração de fármacos. A utilização de analgésicos, opióides, relaxantes musculares, sedativos e curarizantes em unidades de cuidados intensivos é regular, contribuindo assim para que a dor dos clientes se encontre controlada. Aquino, Góes e Malcher (2016) afirmam que o desafio para os enfermeiros na gestão da dor prende-se com a responsabilidade das suas intervenções, uma vez que é a equipa de enfermagem que programa a terapia medicamentosa prescrita. Assim, medicar o cliente implica conhecer além das vias de administração e sua indicação, a ação farmacológica, a posologia, reações e interações medicamentosas, o que exige um maior conhecimento de farmacologia por parte destes profissionais.

No entanto, atualmente, a instituição de medidas não-farmacológicas como complementaridade do tratamento medicamentoso assume-se como um foco do cuidar em enfermagem. A procura de conhecimento e formação nesta área permite aos enfermeiros a prestação de cuidados holísticos no sentido de gerir, em conjunto com o cliente, a dor. Desta forma, e durante os ensinamentos clínicos procurou-se complementar o tratamento farmacológico com o não-farmacológico no controlo e gestão da dor, potenciando a capacitação dos clientes em ativamente tratarem ou aliviarem a sua dor. As técnicas de posicionamento, de reabilitação, de massagem de relaxamento, de toque terapêutico, de

imobilização, de conforto, de distração, de crioterapia e de imaginação guiada foram as preferencialmente aplicadas nos contextos da prática, tendo em conta a equipa multidisciplinar e os recursos materiais dos serviços.

Estas intervenções vão assim de encontro ao estipulado pela OE (2008), que determina como medidas não-farmacológicas para o tratamento da dor a terapia cognitiva/comportamental; a reestruturação cognitiva; o relaxamento com imaginação; a distração; a aplicação de frio e de calor; o exercício; a imobilização; a massagem; a TENS; o toque terapêutico; e o conforto.

Foi possível observar nos ensinamentos clínicos a valorização da dor pelos enfermeiros, nomeadamente pelos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, como foco de atenção do cuidar, promovendo o bem-estar dos clientes e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida e recuperação.

No que concerne à dor associada a procedimentos, a realização de tratamentos a UPP tem potencialidade de despoletar dor. Verifica-se uma focalização na cicatrização da ferida, que deverá ser complementada com a avaliação e gestão da dor, potenciando uma intervenção holística, tanto no momento de realização do tratamento, como nas atividades diárias do cliente.

Nos clientes com alto risco para desenvolvimento de UPP procedeu-se às medidas preventivas recomendadas pela NPUAP/EPUAP (2014), bem como à monitorização e identificação de dor generalizada ou focalizada em locais anatómicos passíveis de desenvolver UPP. Nestas situações o posicionamento, o relaxamento, o exercício passivo e a promoção de medidas de conforto, associadas a terapêutica medicamentosa foram eficazes na gestão e controlo da dor. Na realização dos tratamentos a UPP foi promovida a remoção de pensos com a utilização de soro fisiológico a 37°C, evitando traumatismos na remoção dos mesmos e, aplicada localmente lidocaína em gel como meio de prevenir a dor na execução do tratamento. Foi possível notar que, após discussão com as equipas de enfermagem sobre a dor nos clientes com potencial ou real UPP, as intervenções dos enfermeiros valorizavam a dor como indicador de qualidade de vida e bem-estar, bem como elemento focal na sua intervenção.

Hopkins *et al.* (2006), mencionados por Esteves (2015), referem que as UPP afetam principalmente a qualidade de vida da pessoa através de um ciclo interminável de dor que leva a restrições nas atividades de vida e na interação social.

Cabe assim ao enfermeiro aplicar o modelo holístico de avaliação do cliente para que consiga identificar focos de dor potencial ou real, associada com a prevenção ou presença de UPP.

A equipa de enfermagem surge para o doente crítico como uma fonte de apoio para ultrapassar aspetos negativos da vivência da dor associada a feridas (Silva, 2014). A intervenção no tratamento de dor a clientes com UPP deve ser pautada pelos princípios éticos e humanos do cuidar, aliados ao conhecimento de medidas farmacológicas e não-farmacológicas na gestão da dor e na intervenção pronta e eficaz, envolvendo os clientes e suas famílias.

No que concerne ao doente crítico, é necessário ter em conta que este nem sempre possui capacidade para expressar a dor, os sentimentos, o medo e a ansiedade da situação de transição que experiencia. É assim fundamental abordar a complexidade da comunicação com o doente crítico.

O processo comunicativo facilita a interação entre o cliente e a equipa multidisciplinar, proporcionando um ambiente terapêutico que garanta a implementação de cuidados individualizados e de qualidade. Para Henriques, Silva e Ferreira (2012), o enfermeiro deve ter a capacidade de adotar estratégias para estabelecer uma comunicação eficaz com os clientes, diminuindo o *stress* e a ansiedade destes e proporcionando-lhes a possibilidade de comunicar, exprimindo as suas emoções, sentimentos, necessidades, e opiniões assumindo a comunicação não-verbal um papel imprescindível na relação com os clientes.

Para Valente (2016), é consensual que na prestação de cuidados ao doente em situação crítica, o enfermeiro deverá avaliar a capacidade ou facilidade que cada indivíduo tem para estabelecer uma comunicação eficiente ao longo do processo de transição saúde-doença-recuperação.

A pessoa em situação crítica submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) apresenta alterações no seu processo de comunicação, quer pela realização de medicação, como pela presença de tubo orotraqueal ou de traqueostomia. Estas condições surgem como barreiras à comunicação, podendo causar ansiedade, medo e sofrimento pela dificuldade em se expressar.

Importa mencionar um dos casos vivenciados no Estágio II – Cuidados Intensivos, no Hospital Dr. Nélio Mendonça. Trata-se de um cliente que recorreu ao SU por falência respiratória, com antecedentes pessoais de atrofia muscular da língua, tenar e hipotenar bilateral com afonia e perda ponderal de 20kg em dois meses, tendo sido durante o internamento diagnosticada uma Esclerose Lateral Amiotrófica em fase inicial. No desmame ventilatório, com a redução da analgesia, o cliente já apresentava estado de consciência e tentava comunicar não-verbalmente, no entanto, após dificuldade na progressão do desmame ventilatório foi realizada traqueostomia. Desde que o cliente

apresentou recuperação de consciência aquando do início do desmame, foi visível a preocupação dos enfermeiros em que o cliente compreendesse a sua situação e conseguisse transmitir as suas necessidades, dúvidas e pensamentos. Neste cliente a intervenção passou inicialmente e ainda com a presença do tubo orotraqueal, em tentar identificar a dor e alguma necessidade básica, através de perguntas de resposta simples de sim ou não, às quais o cliente respondia gestualmente com o aceno da cabeça ou com a mão, direcionando o polegar para cima ou para baixo. Após a realização da traqueostomia, o cliente já conseguia articular com os lábios, embora sem saída de voz. A partir deste momento, a leitura dos lábios tornou-se essencial, bem como a utilização de um quadro realizado pelos enfermeiros do serviço. Este quadro contemplava todas as letras do alfabeto e os números, contemplando também frases simples. A utilização deste quadro foi fundamental no processo de comunicação com o cliente, solicitando a sua aprovação, colaboração e satisfazendo necessidades básicas. Considera-se que os enfermeiros encontravam-se despertos para a dificuldade em comunicar com o doente ventilado, tendo atuado positivamente neste foco tão importante da prestação de cuidados.

Valente (2016) sustenta como aspecto fundamental a intervenção do enfermeiro na comunicação, sendo através desta que o enfermeiro conhece o cliente e é capaz de determinar as suas necessidades e qual a forma de intervenção apropriada tendo em vista o bem-estar e o conforto do cliente. Para além de ser um indicador de qualidade dos cuidados prestados no que concerne à satisfação dos clientes, Saraiva e Martinho (2011) consideram fundamental a comunicação na relação enfermeiro-cliente e enfermeiro-família, sendo um foco a valorizar na prática de enfermagem.

A família exerce um papel significativo em meio hospitalar, devendo ser parte integrante de intervenções em qualquer fase da doença e em todos os contextos de assistência, sendo indispensável no cuidado integral ao cliente valorizar a relação do mesmo com o seu núcleo familiar (Martins, Fernandes & Gonçalves, 2012).

Hanson (2005) mencionada por Martins, Fernandes & Gonçalves (2012) afirma que a família é afetada quando um ou mais dos seus membros apresentam problemas de saúde, sendo a unidade familiar um fator importante na manutenção ou desequilíbrio do estado de saúde e bem-estar dos indivíduos.

A família representa assim um suporte emocional para o cliente, inclusive estimulando-o no retorno às atividades que comprometeram a sua autonomia (Menoita, 2015). É assim imprescindível que os enfermeiros reconheçam a importância do núcleo e do contexto familiar dos clientes, englobando a família como cliente.

Os serviços de urgência e as unidades de cuidados intensivos, por serem locais de prestação de cuidados especializados e diferenciados ao doente crítico, provocam normalmente sentimentos de medo, insegurança, ansiedade e angústia tanto para o cliente como para a sua família, aumentando a sua vulnerabilidade. O experienciar de uma situação limite quer pelo cliente, quer pela sua família, é vivida de forma única, pois muitas vezes o cliente inconsciente só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação. Por outro lado a família, na maioria das situações, vivencia de forma intensa e emocional todos os momentos e todas as alterações ainda que subtis no estado clínico do seu ente querido (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

Esta ideia é suportada por Wright e Leahey (2013), na medida em que a mudança num dos membros do sistema familiar, pelo impacto da doença, produz modificações em todos os membros da família, sendo que o internamento num serviço de cuidados críticos pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes, exigindo a mobilização de competências e recursos que até à data desconheciam.

A relação que é estabelecida entre o cliente, sua família e os enfermeiros interfere com os *outcomes* e com a qualidade de vida de todos os que se encontram envolvidos no processo de transição saúde-doença.

A relação terapêutica promovida no âmbito da enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel (OE, 2001). Esta relação, para Gorechi *et al.* (2009) mencionados por Esteves (2015), determina que o enfermeiro tem capacidade para interagir de forma holística com os clientes e suas famílias, comunicando sobre o tratamento e realizando ensinamentos relacionados com o autocuidado, contribuindo para um ambiente terapêutico positivo.

Para Azoulay (2002) referido por Manco (2015) uma comunicação eficaz e o estabelecimento de uma relação de ajuda com os familiares dos clientes são componentes essenciais na qualidade dos cuidados prestados.

As necessidades da família do doente crítico revelam-se cada vez mais como foco de estudo pelos enfermeiros. As necessidades da família em receber informação pelo menos uma vez por dia com explicações simples, em ser informados do diagnóstico e prognóstico, de alterações no estado de saúde do cliente, o esclarecimento de dúvidas e a informação sobre procedimentos são aspetos que o enfermeiro deve ter em conta na sua intervenção (Manco, 2015).

Phaneuf (2005), suportada por Manco (2015), afirma que “a família tem necessidade de informação para compreender o que se passa, participar nas decisões para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente” (p. 462). É assim

compreensível que a família recorra aos enfermeiros na procura de informação e de apoio/conforto.

As necessidades experienciadas pela família do cliente são por vezes relegadas para segundo plano, uma vez que, em contexto de cuidados críticos, os enfermeiros tendem a valorizar primeiramente as necessidades da pessoa em situação crítica (Fullbrook *et al.*, 2007, mencionados por Sá *et al.*, 2015). A família do cliente apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional (Eggenberger & Nelms, 2007, mencionados por Sá *et al.*, 2015).

A presença e a participação da família nos cuidados são também fatores relevados por Sá *et al.*, (2015), ao afirmarem que estes partilham com os enfermeiros informação essencial para a prestação de cuidados personalizados. Perante doentes inconscientes, ventilados e sedados, cabe à família fornecer informação sobre o cliente e sobre as suas preferências.

A comunicação eficaz e o estabelecimento de uma relação com os familiares dos clientes são componentes vitais da qualidade dos cuidados de enfermagem. Uma vez que o internamento de um elemento da família causa sofrimento a todos os membros, é necessário que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica atente a este aspeto tanto na intervenção ao cliente como à sua família. Proporcionaram-se momentos de privacidade, momentos de diálogo com os profissionais de saúde, promoveu-se o conforto e o esclarecimento de dúvidas, assegurando que qualquer alteração no estado clínico do seu familiar seria informada.

Nos ensinamentos clínicos nas unidades de cuidados intensivos, a entrega de panfletos informativos no momento do acolhimento auxiliou na compreensão da família perante a situação do cliente, fornecendo o esclarecimento do funcionamento dos serviços e elucidando sobre aspetos específicos, como o horário de visitas. No SU é permitida a presença de um acompanhante com o cliente, excepto na realização de técnicas terapêuticas específicas. No SMI, o horário das visitas decorria das 16h às 18h e na UCIPU das 15h às 20h, existindo flexibilidade horária para os familiares com horários de trabalho que não permitam a visita no horário estabelecido. Neste sentido, pretende-se que o horário seja cada vez mais alargado, permitindo ao cliente um maior contacto com a sua família. Estas instituições encontram-se portanto em consonância com o estabelecido na Carta dos Direitos do Doente Internado elaborada pela DGS (2005), ao mencionar que “o doente internado tem direito à visita dos seus familiares (...) quando o desejar e os horários o permitam, sempre que não exista contra-indicação” (p.11), referindo ainda que os profissionais devem incentivar e facilitar o apoio afetivo das pessoas significativas para o

cliente. É também direito do doente internado que os horários de visitas tenham em conta não só as necessidades dos serviços, mas também, e sobretudo, as necessidades dos clientes e a disponibilidade populacional. No que concerne aos clientes que não têm visitas, é referido que “devem ter um maior apoio (...) do pessoal de saúde” (DGS, 2005, p. 12).

Nos serviços de cuidados intensivos, o acolhimento à família foi realizado num espaço designado, permitindo privacidade e incutindo a preparação da família para a visita ao cliente através da informação sobre o seu estado geral de saúde.

É ainda fundamental compreender que a satisfação das necessidades da família se encontra proporcionalmente relacionada às dificuldades dos enfermeiros na sua intervenção. Num estudo desenvolvido por Sá *et al.*, (2015), observou-se que os enfermeiros experienciam dificuldades no cuidar da família face à pessoa em situação crítica, levando a assumir como causas o excesso de trabalho e de tarefas, associado à limitação temporal para a prestação de cuidados, à gestão de recursos, ao receio de aproximação emocional, à priorização dos cuidados, aos conflitos intrapessoais, bem como ao desconhecimento das necessidades da família.

Como principais estratégias utilizadas pelos enfermeiros no cuidar da família, foram identificadas a promoção da sua presença junto ao cliente, “o apoio em situações de luto, a comunicação eficaz de informações sobre o estado do seu ente querido e a promoção do seu envolvimento na participação dos cuidados à pessoa em situação crítica” (Sá *et al.*, 2015, p.31). Descrevem ainda o apoio emocional como a estratégia mais utilizada, e o recurso à linguagem não-verbal através do olhar e do toque, em substituição à linguagem verbal escassa em momentos de sofrimento familiar (Sá *et al.*, 2015). Estas estratégias notaram-se fundamentais na prestação de cuidados ao cliente e sua família ao longo dos ensinamentos clínicos, sendo focos de atenção dos enfermeiros.

Tendo em atenção estes serviços prestadores de cuidados diferenciados, onde são realizadas técnicas invasivas e de *life support*, é fundamental que os enfermeiros envolvam a família como cliente e como foco das suas intervenções, minimizando medos, receios, ansiedades e medo da morte. Como afirmam Sá *et al.*, (2015), “cuidar a família da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro competências especializadas pelas particularidades do próprio contexto” (p.31).

Cuidar do cliente e da sua família em situações limite de risco de vida exige dos enfermeiros competências acrescidas tendo em conta o contexto da pessoa em situação crítica. Morgado (2012) refere que o processo de morrer, em contexto de serviços de urgência e de cuidados intensivos, “reveste-se de uma envolvência específica, geradora de

sentimentos negativos e conflitos internos e interpessoais ancorados em dilemas éticos importantes” (p. 9). O ser humano é muito mais do que um ser vivo animal, é individual e único e quando morre, não é apenas um corpo que perece, mas sim a pessoa em todas as suas dimensões (Morgado, 2012). A dignificação do cliente no seu processo de morte deverá ser fundamental para os enfermeiros, tanto no que concerne aos cuidados prestados ao cliente, como à sua família.

Hodiernamente assiste-se à hospitalização da morte, existindo a esperança da família de que os profissionais de saúde possam fazer algo mais para prolongar a vida do seu ente querido, experienciando também a família sentimentos de falta de preparação para lidar com a morte em casa (Moura, 2011 mencionado por Morgado, 2012). No doente crítico, o contexto da iminência da morte reveste-se de outros contornos, na medida em que muitas vezes a doença crítica é súbita, apanhando desacomodados os mecanismos familiares de *coping* para lidar com a morte ou com a aproximação da mesma.

Os enfermeiros possuem um papel preponderante na equipa multidisciplinar, por serem os que mais tempo permanecem junto aos clientes e suas famílias, constituindo-se verdadeiros elos, intermediando a interação entre os envolvidos e implementando a procura de recursos que permitam à pessoa em situação crítica obter melhor qualidade de vida e, quando isso não for possível, uma morte digna (Aquino, Góes & Malcher, 2016).

É frequente que na admissão em serviços de urgência ou de cuidados intensivos, exista um elevado grau de incerteza quanto à evolução do doente crítico, embora com o decorrer do tempo se torne mais nítida a irreversibilidade da doença e a previsibilidade da morte (Morgado, 2012). É por isso necessário dotar os enfermeiros de formação científica e humana, repensando posturas e ponderando questões éticas fundamentais relacionadas com os cuidados e com o respeito pela dignidade dos clientes e suas famílias.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, foi visível a preocupação dos enfermeiros com a transmissão de informação e comunicação com a família. Tanto em casos de recuperação como em casos irreversíveis de doença observou-se o estabelecimento da relação terapêutica e de ajuda tendo em vista a integração da família na prestação de cuidados. A tomada de decisão da equipa multidisciplinar, tendo em vista a cessação de medidas de suporte vital, baseou-se não apenas na ética, mas também na dignificação do cliente e no respeito pela vontade do cliente e suas famílias. Nas situações de morte iminente ou suspensão de medidas de suporte vital, foi notável a preocupação da equipa em integrar os familiares na tomada de decisão e na transmissão de todo o conhecimento necessário para que esta se pudesse efetivar. Verificou-se a preocupação dos enfermeiros em deixar a família ver e permanecer algum tempo com o ente querido após o falecimento,

proporcionando um ambiente tranquilo e privado, eliminando vestígios de procedimentos invasivos. A existência de um espaço físico para a família vivenciar o luto numa fase inicial é fundamental tanto na transmissão de más notícias, como também na permanência temporária com o seu familiar. No SU foi visível a dificuldade em atribuir um espaço físico que permitisse a permanência da família com o ente falecido, devido à estrutura física do serviço e à sobrelotação do mesmo. No SMI e na UCIPU foi possível providenciar o espaço físico para tal, proporcionando ainda antes da visita familiar, o diálogo com os enfermeiros em local privado, de modo a transmitir a notícia e a esclarecer questões.

Refletindo sobre a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na complexidade do cuidar do doente crítico, revela-se a importância da tecnicidade e agilidade nos procedimentos invasivos e na execução de protocolos terapêuticos complexos como parte integral de um conjunto de qualidades e competências que definem a humanização dos cuidados e respeitam a privacidade, dignidade e os direitos dos clientes e suas famílias nas tomadas de decisão de saúde.

É fundamental o desenvolvimento de conhecimentos específicos e aprofundados nas áreas de ressuscitação cardiopulmonar, na assistência a politraumatizados, entre outros, e em situações de urgência que requerem uma resposta pronta e eficaz no sentido de recuperar a vida e saúde dos clientes (Sheehy, 2011). O enfermeiro especialista deverá capacitar-se de competências na identificação de focos de instabilidade e na rápida tomada de decisão no que concerne às intervenções a implementar, em constante ligação com a equipa multidisciplinar.

A comunicação tanto com os clientes e suas famílias como com os colegas de equipa permite a continuidade e a integração de todos os elementos nos cuidados prestados, através do respeito e do cumprimento dos princípios éticos que norteiam a profissão. Cabe ao enfermeiro especialista ser um elemento de referência teórico-prático, na medida em que possui competências acrescidas no cuidar do doente crítico. A formação e a atualização de conhecimento são base fundamental para que possa exercer a sua profissão com segurança e qualidade. Para além destes aspetos, o estabelecimento da relação terapêutica constitui-se essencial na prestação de cuidados holísticos ao cliente. O apoio emocional e o auxílio nos processos de transição saúde-doença são de extrema importância no que concerne ao aceite do estado de saúde e, em certos casos na inevitabilidade da morte. Notando-se ainda algumas lacunas no que concerne à comunicação com os clientes e seus familiares, o enfermeiro especialista em enfermagem

médico-cirúrgica deve procurar e capacitar a equipa e os clientes na busca de estratégias de comunicação, tendo em conta as necessidades identificadas.

Assistir os clientes e suas famílias a lidar com as transições que afetam a sua saúde considera-se como um desafio para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que vai para além dos conhecimentos técnicos de práticas complexas.

É primordial o reconhecimento dos momentos de transição, promovendo o reconhecimento dos processos de adaptação dos clientes e suas famílias, identificando as respostas envolvidas nas transições e moldando a sua intervenção tendo por base o comportamento e as emoções expressas pelos clientes.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, mais do que um profissional com amplo conhecimento teórico-prático, possui competências acrescidas na prestação de cuidados ao doente crítico e sua família no âmbito da prática de uma enfermagem holística e individualizada, pautada pela segurança e qualidade das suas intervenções. Torna-se assim fundamental a reflexão para a ação, identificando as necessidades e fundamentando as intervenções cientificamente, refletindo posteriormente na ação desenvolvida e no modo como esta se realizou, avaliando-a criticamente tendo em conta os ganhos em saúde.

2.2.2 A dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima

A pessoa em situação crítica encontra-se muitas vezes em contexto comunitário, saudável, sem doenças limitativas ou falência multi-orgânica que requeiram cuidados altamente diferenciados. No entanto, uma situação de catástrofe ou de emergência com várias vítimas pode potenciar a existência de vários doentes em estado crítico.

De acordo com o Regulamento n.º 361/2015, em situações de emergência, o doente crítico sofre uma agressão por parte de qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, brusca e violenta e que pode afetar-lhe algum órgão, se não for imediatamente assistido, colocando a sua vida em grave risco. A emergência multi-vítima, de acordo com o regulamento anteriormente mencionado, envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência, exigindo um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o objetivo de salvar o maior número de vidas, proporcionando o melhor tratamento, gerindo os recursos disponíveis.

Neste sentido, o Regulamento n.º 361/2015 define catástrofe como um grande acidente, ou uma série de grandes acidentes, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos

materiais, afetando as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

O desenvolvimento de competências na dinamização de respostas a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima verificou-se de forma teórica, através das unidades curriculares do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e de forma prática, através da simulação de uma emergência multi-vítimas, no Serviço Regional de Proteção Civil, instalações da Equipa Médica de Intervenção Rápida da RAM.

Remetendo para a prática profissional, no ano transacto a RAM sofreu uma catástrofe relacionada com os incêndios que assolaram a ilha. Neste contexto, houve necessidade de se preparar e proceder à evacuação do Hospital dos Marmeleiros, local onde se tem desenvolvido a prática profissional. Como elemento da Unidade de Cuidados Especiais e da Equipa Médica de Emergência interna, procedeu-se, em consonância com a equipa multidisciplinar e com a Proteção Civil, à preparação da evacuação e à ativação do Plano de Evacuação Hospitalar. Tendo decorrido sem incidentes e em conformidade com o estipulado no plano, a evacuação permitiu que os clientes se encontrassem a salvo, sendo encaminhados para o Hospital Dr. Nélio Mendonça, não tendo o incêndio atingido o Hospital dos Marmeleiros.

Com esta experiência de catástrofe e já com um olhar distinto sobre a pessoa em contexto de emergência ou catástrofe, sentiu-se necessidade de desenvolver esta competência de forma mais profunda, compreendendo os planos e meios de atuação em catástrofes e emergências multi-vítimas de forma a atuar prontamente e em conformidade com o estipulado por organizações internacionais. Desta forma, participou-se na 7.^a Semana Ibérica de Emergência, com a realização do curso pós-graduado de *Medical Response to Major Incidents* (MRMI). Este curso baseia-se num modelo de simulação avançada, treinando toda a cadeia de comando, cenário do acidente, transportes, pré-hospitalar, gestão de hospitais face a cenários de multi-vítimas, triagem, corredores de evacuação e estrutura da comunidade a utilizar em catástrofes (*Madeira International Disaster Training Centre, 2016*). Obteve-se aproveitamento no final do curso, como consta no Certificado em anexo (Anexo A).

Nos ensinamentos clínicos, nomeadamente no SESARAM procurou-se aprofundar os já conhecidos planos de emergência e atuação em catástrofes e no CHSJ conheceu-se o plano em vigor para situações de emergência multi-vítima e catástrofe.

A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica como elemento conhecedor dos meios de atuação em situações de emergência multi-vítima e de catástrofe prende-se não apenas com a prestação de cuidados, mas também na gestão dos

cuidados pelas equipas de saúde, avaliando a articulação e eficiência das mesmas e introduzindo medidas corretivas das inconformidades de atuação encontradas. O enfermeiro tem ainda competências para conceber e colaborar nos planos de catástrofe ou emergência, planeando respostas concretas em articulação com os órgãos máximos das instituições. A capacidade de atribuir graus de urgência através da triagem e de decidir sequências de atuação é também foco do enfermeiro em situações de catástrofe, sistematizando as ações desenvolvidas no decorrer da assistência aos doentes críticos tanto no pré, como no intra-hospitalar. O cumprimento dos princípios éticos também se encontra presente neste campo de intervenção do enfermeiro especialista, sendo fundamental que o enfermeiro se encontre desperto para a existência de dilemas éticos no que concerne à igualdade, justiça, beneficência e não-maleficência na sua intervenção.

“Em situação de catástrofe, seja natural ou causada pelo Homem, devem prevalecer, para além de todos, o princípio da responsabilidade conjunta, da não discriminação, da humanidade, da imparcialidade, da cooperação, da dignidade” (Sabido, 2014, p. 48).

Valoriza-se a aquisição de competências específicas nesta área tendo em vista o aumento do número de emergências multi-vítima e de catástrofes que assolam o globo, sendo necessário que o enfermeiro especialista tenha capacidade de gerir os cuidados e as equipas de saúde, promovendo a qualidade da assistência com o objetivo de salvar vidas, atendendo aos aspetos éticos na intervenção ao doente crítico.

A atuação em situações de catástrofe e/ou emergências multi-vítima é um aspeto essencial do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, tendo em conta o doente crítico como cliente. O conhecimento sobre os procedimentos e sobre os planos dos serviços e hospitalares permite sistematizar a assistência a este tipo de clientes. A capacidade de tomadas de decisão rápidas e eficazes deve sobressair nestes contextos, promovendo uma prestação de cuidados que garanta a sobrevivência dos clientes.

2.2.3. A intervenção na prevenção e controlo da infeção

Com o progresso do conhecimento em saúde e com o aumento dos estudos científicos tem sido possível melhorar a prestação de cuidados e a qualidade e segurança dos mesmos. Atualmente assume uma maior relevância no panorama internacional a preocupação com a prevenção e controlo de infeções, que podem afetar tanto os clientes como os profissionais de saúde.

De acordo com o Regulamento n.º 361/2016, a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) assume-se relevante na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, uma vez que o desenvolvimento de tecnologias avançadas e invasivas e o uso de terapêutica imunossupressora e antibioterapia aumenta também o risco de infeção.

As IACS são causa significativa de morbilidade e mortalidade, aumentando o consumo de recursos hospitalares e comunitários, embora cerca de um terço sejam, seguramente, evitáveis. Em Portugal, de acordo com o Despacho n.º1400-A/2015, a taxa de infeção hospitalar é mais elevada que a média europeia.

O controlo de infeção e a prevenção de resistências aos antimicrobianos encontram-se intimamente relacionados, sendo em 2013 realizada uma fusão do programa de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e do programa de prevenção das resistências aos antibióticos, denominando-se de Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), mediante a Norma n.º2902/2012 (2013).

Através do Despacho n.º14178/2007, criou-se a Rede Nacional de registo das IACS, através das Comissões de Controlo de Infeção hospitalares, que constituem atualmente um recurso na implementação do PPCIRA. Estas comissões possuem capacidades técnicas que abrangem três vertentes essenciais: vigilância epidemiológica; elaboração e monitorização do cumprimento das normas e recomendações de boa prática; e formação dos profissionais.

A prevenção e controlo da infeção como foco da gestão hospitalar e da garantia de qualidade são assim importantes componentes da prestação de cuidados de saúde, constituindo um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Desta forma, segundo o Despacho n.º1400-A/2015, pretende-se que, até 2020 se atinja uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; que se reduza em 50% face a 2014 o consumo de antimicrobianos; se atinja uma taxa de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) de 20%; se reduza em 50% face a 2014 o consumo de carbapenemes; e se reduza em 50% face a 2014 o consumo de quinolonas.

Horton (2002) mencionado por Martins e Benito (2016) afirma que as IACS provocam morbilidade e mortalidade consideráveis, provocando o aumento de custos, além dos excessivos gastos que incluem a terapêutica antibiótica, a assistência especializada, os exames complementares de diagnóstico, aumentando ainda os gastos inerentes ao prolongamento no hospital, com repercussões sociais e familiares.

Uma das pioneiras no que concerne à prevenção das infeções foi Florence Nightingale, que ao tornar os indivíduos cientes da importância de uma vigilância sanitária

e da instituição de medidas adequadas, provou a importância da prevenção e do controlo das infeções na prestação de cuidados (Martins & Benito, 2016). Nightingale incutiu a reforma sanitária na Índia, na Inglaterra e na Austrália, através da melhoria das condições de higiene, tendo ainda colaborado na Turquia, onde promoveu a limpeza hospitalar, organizou e humanizou os cuidados em feridos de guerra, tendo reduzido a mortalidade de 42% para 2% (Frello & Carraro, 2013, mencionados por Martins & Benito, 2016).

Os fatores de risco associados à aquisição de infeções encontram-se, de um modo geral, relacionados ao próprio cliente, aos procedimentos invasivos e ao ambiente hospitalar (Arantes, Carvalho, Medeiros, Farhat & Mantese, 2003; Giarola, Baratieri, Costa, Bedendo, Marcon & Waidman, 2012).

As IACS podem ocorrer em virtude da patologia base dos clientes ou devido a procedimento invasivos e alterações da população microbiana, sendo que algumas destas são evitáveis, sendo possível aos profissionais de saúde interferir na cadeia de transmissão microbiana através de medidas preventivas (Fassini & Hahn, 2012).

Como forma de minimizar o impacto das IACS e reduzir a sua incidência, foram elaborados pela DGS programas específicos que pretendem alertar, formar e instituir normas aos profissionais de saúde na prestação de cuidados. Como exemplo de projeto implementado, apresenta-se a Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde mediante a Circular Normativa n.º13/2010, designada atualmente por Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), que integra a higienização das mãos, a auditoria de estruturas e processos das PBCI desde 2014 e a utilização de luvas nas Unidades de Saúde desde 2016.

A utilização de PBCI segundo a Norma n.º029/2012 (2013) contempla a admissão e colocação de clientes, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa, a recolha segura de resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho. Pretende-se desta forma atuar preventivamente nos diversos fatores, prevenindo a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção como sejam o sangue e outros fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas, bem como qualquer material ou equipamento presente no ambiente de prestação de cuidados. Segundo a Norma n.º029/2012 (2013), o princípio implícito à utilização de PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco” (p. 10).

A prevenção e controlo da infeção e a resistência aos antimicrobianos transformaram-se assim num problema emergente nos cuidados de saúde, com implicações diretas na morbidade e mortalidade.

Atendendo a que um dos elementos fundamentais no controlo e prevenção de infeções é o enfermeiro, este deverá ser proativo na investigação e na vigilância epidemiológica, na formação e na gestão de práticas relacionadas com a segurança dos cuidados de enfermagem. É neste âmbito que surge a importância da prevenção e controlo da infeção no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, onde os clientes se encontram em estado crítico, com falência multi-orgânica, encontrando-se mais suscetíveis ao desenvolvimento de infeções.

O cuidar em enfermagem, no que concerne à prevenção e controlo da infeção, prende-se com questões ontológicas e epistemológicas da enfermagem, abrangendo tanto o cliente como os profissionais cuidadores, através do enquadramento deontológico e ético da enfermagem. A constante consciencialização e capacitação dos enfermeiros no que concerne à prevenção e controlo das IACS deverão envolver não só a prestação de cuidados em si, mas também a ciência e a ética, no sentido de que os enfermeiros devem prezar pela vida dos clientes, executando ações com responsabilidade, livre de danos decorrentes de negligência, imperícia e imprudência (Giarola *et al.*, 2012).

É fundamental que o enfermeiro tenha em consideração que tanto a equipa, a família e todos os que acedem aos serviços hospitalares têm potencialidade de atuar como vetor, podendo levar e trazer microrganismos que prejudicam a vida dos que se encontram mais vulneráveis, especificamente o doente crítico.

O visitante/acompanhante do cliente é assim um elemento dinâmico, que assume um importante papel na transmissão cruzada, “podendo constituir reservatório e/ou veículo de infeção da comunidade para a unidade de saúde, da unidade de saúde para a comunidade ou dentro da própria unidade de saúde” (SESARAM, 2016b, p. 3).

Em cada serviço do SESARAM existe um elemento médico e um elemento de enfermagem que atuam como elementos de ligação entre a Comissão de Controlo de Infeção e o próprio serviço. Estes elos formam, planeiam, auditam e supervisionam a integração das normas e procedimentos estabelecidos para a prevenção e controlo das IACS. No que concerne aos projetos implementados estes protocolizam-se em: prevenção e controlo da infeção associada ao visitante/acompanhante; programa de apoio à prescrição de antimicrobianos; higiene das mãos; equipamento de proteção individual; isolamento de doentes; prevenção da infeção do local cirúrgico; prevenção da infeção de ferida crónica; prevenção da infeção do trato urinário associada a cateter vesical; prevenção da

colonização/infeção cruzada por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA); prevenção e controlo de infeção causada por bacilos gram-negativos não fermentativos; plano operacional para o controlo de surtos de infeção; prevenção da transmissão da tuberculose pulmonar; prevenção da infeção respiratória; escabiose – prevenção da transmissão cruzada; prevenção e controlo da infeção nos Cuidados Pós-Morte; descontaminação de dispositivos médicos e de máscaras acessórias para ventilação não invasiva; monitorização da limpeza do ambiente; utilização de antissépticos e desinfetantes; tratamento de roupa hospitalar; classificação e triagem dos resíduos hospitalares; prevenção associada aos cateteres vasculares; controlo e monitorização da qualidade do ar interior.

Ao longo dos ensinamentos clínicos no SESARAM aplicaram-se protocolos específicos de cada serviço, embora, no que concerne à prevenção e controlo da infeção, os protocolos implementados fossem os acima mencionados. Tomou-se particular destaque para a higienização das mãos respeitando os cinco momentos estabelecidos como medida fundamental na prevenção e controlo de infeção. De acordo como a Circular Normativa n.º13/2010, “a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efectivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde” (p. 2). Outras das medidas associadas que permitem reduzir os indicadores de infeção são o controlo e monitorização do ambiente do cliente através da limpeza, do isolamento e da vigilância das visitas.

No que concerne à presença de dispositivos, aplicaram-se os feixes de intervenção ou *bundles* definidos pelo PPCIRA no que concerne ao cateter vesical (cujas auditorias são diárias), aos cateteres vasculares, à PAI, monitorizando-se também a descontaminação dos dispositivos médicos.

A prevenção de infeção por MRSA tem sido uma das temáticas mais abordadas em meio hospitalar, estimando-se que possa colonizar a pele em até 30% de indivíduos saudáveis (SESARAM, 2016c). Esta bactéria é um patógeno em constante evolução, adaptando-se progressivamente a alterações no meio ambiente, sobrevivendo em condições desfavoráveis. O risco de infeção por MRSA aumenta com a presença de dispositivos invasivos e acessos intravasculares. Integrado no estudo *European centre for disease prevention and control* em 2012, elaborado através de inquérito de Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses, o *Staphylococcus Aureus* foi o microrganismo mais frequente (17%), com uma taxa de resistência à metilina de 80%, sendo o agente patogénico principal nas pneumonias (25%), nas infeções do local cirúrgico (24,8%) e da corrente sanguínea (18,6%) (SESARAM, 2016c).

Assim, aplicaram-se feixes de intervenção na prevenção da infeção por MRSA, sendo que em serviços de cuidados intensivos a prevenção é realizada a todos os clientes durante os primeiros 5 dias de admissão, tendo em conta o protocolo estipulado, com a utilização de toalhetes de gluconato de clorohexidina a 2% no banho diário e, para todos os clientes com tubo endotraqueal, a utilização de solução de gluconato de clorohexidina a 0,2% na higiene oral de 4/4 horas. No SU estes feixes não têm aplicabilidade, uma vez que os clientes permanecem temporariamente no serviço até ao encaminhamento para serviços diferenciados. As medidas aplicadas relativamente ao MRSA constituem-se nas de proteção básica e no isolamento de clientes.

O SESARAM, por se encontrar incluído num projeto desenvolvido pela Fundação Calouste Gulbenkian no que concerne à prevenção e controlo da infeção, nomeadamente por cateteres vesicais e vasculares, adianta-se na implementação dos feixes de intervenção e nas auditorias internas e externas já realizadas, cujos resultados ainda se encontram em elaboração pelo grupo coordenador do projeto.

No que concerne aos restantes protocolos de prevenção e controlo da infeção, estes foram aplicados ao longo da prática profissional e dos ensinamentos clínicos tendo em conta o estipulado, sendo possível atuar-se no controlo e na prevenção da transmissão cruzada, através dos feixes implementados.

Na UCIPU a realidade encontrada foi diferente, encontrando-se o serviço no início da implementação do projeto da Gulbenkian, o que possibilitou que se colaborasse na implementação do programa de forma distinta. A intervenção no início do programa, tendo em conta a experiência já possuída, permitiu que se relatasse a experiência do SESARAM, colaborando-se na implementação inicial dos feixes de intervenção, esclarecendo questões e demonstrando os procedimentos a realizar. Este fato permitiu que se consolidasse o conhecimento adquirido ao longo dos anos no que concerne à prevenção e controlo da infeção, promovendo na restante equipa a motivação e o aumento do conhecimento relativamente às intervenções preconizadas.

Ainda atendendo à prevenção de infeção no CHSJ, considera-se a importância de estabelecer um elemento de ligação do serviço com o grupo coordenador do PPCIRA, que sirva como ponte entre a comissão e a equipa multidisciplinar no serviço, realizando a monitorização, formação e providenciando os dados necessários para a correta aplicação do projeto.

Outro dos aspetos evidenciados pelo ensino clínico no CHSJ prendeu-se com o tratamento das fardas dos profissionais de saúde. Após a utilização das fardas, estas são entregues pelos profissionais ao Serviço de Operações Hoteleiras que é responsável pelo

tratamento das mesmas. Denota-se neste sentido uma preocupação com a prevenção de infeções hospitalares, na medida em que os profissionais não podem levar a sua farda para tratamento no domicílio, questão que levanta problemas na transmissão cruzada em meio comunitário. Considera-se positiva a implementação deste sistema de tratamento de fardas, diminuindo o risco de propagação de infeções cruzadas, sendo realizado o tratamento adequado à roupa, em meio hospitalar.

Nos três ensinamentos clínicos procurou-se desenvolver a prevenção da infeção nas feridas crónicas, segundo o estabelecido pelas comissões de controlo de infeção dos respetivos hospitais. Embora a temática deste trabalho se relacione com a prevenção das UPP, quando estas feridas se encontram estabelecidas deverão ser adotadas medidas específicas no que concerne à prevenção de infeção. Reconhece-se a distinção entre ferida contaminada, colonizada e infetada como fundamentais no desenvolvimento de medidas de controlo da infeção. Como fatores essenciais para uma prevenção adequada encontram-se a limpeza da ferida, o desbridamento e a gestão do exsudado, que irão permitir uma melhor observação do leito da ferida e assim controlar a sua cicatrização. O SESARAM (2016d) menciona ainda como essenciais a seleção do ambiente apropriado para a execução do tratamento e os cuidados à pele peri-lesional, procurando-se assim prevenir e controlar a infeção.

No que concerne aos ensinamentos clínicos, embora se encontrassem realidades distintas, conseguiu-se articular o conhecimento e a prática já possuídos e integrá-los na identificação de problemas nesta área, tornando-se como um elemento de referência para a equipa, através da formação e do cumprimento dos procedimentos estipulados pelas organizações institucionais.

O enfermeiro é visto como o principal responsável pelo papel formativo da equipa, considerando-se este o que estabelece o melhor vínculo, atuando na supervisão contínua e adotando funções como planear, implementar e participar dos programas de formação, na qualificação contínua e na promoção da saúde dos clientes e dos profissionais (Giarola *et al.*, 2012).

Para além da vertente formativa o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deverá ser elemento base na conceção de planos de prevenção e controlo de infeção, diagnosticando necessidades dos serviços onde exerce, estabelecendo estratégias pró-ativas, recorrendo à evidência científica tanto na execução como na atualização dos planos de prevenção. O enfermeiro especialista estabelece assim a relação entre os grupos de projeto hospitalares e o serviço, através da liderança no

desenvolvimento de procedimentos de prevenção das IACS na pessoa em situação crítica, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas.

CAPÍTULO III – O OLHAR ESPECIALIZADO NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

O desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica não se baseia apenas no trabalho executado ao longo das unidades curriculares e nos ensinamentos clínicos, mas também na reflexão crítica e no desenvolvimento cientificamente fundamentado de procedimentos que tenham em vista melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A temática selecionada, como previamente justificado, toma relevância no enquadramento do doente crítico por este apresentar instabilidade hemodinâmica e/ou falência multiorgânica que lhe conferem a existência de diversos fatores de risco para o desenvolvimento de UPP.

A Orientação n.º 017/2011 estima que cerca de 95% das UPP são evitáveis através da identificação precoce do nível de risco e da implementação de um plano de cuidados preventivos adequados ao risco.

Neste sentido é fundamental abordar a temática das UPP do ponto de vista preventivo, atuando em programas de melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, tendo em vista a redução da prevalência de UPP no doente crítico.

A prevenção das UPP é fator determinante na qualidade dos cuidados prestados, sendo cada vez mais um indicador relevante dos cuidados de enfermagem. Para Laurenti *et al.* (2015), as estratégias de prevenção são um dos métodos com maior eficácia na redução da ocorrência de UPP.

Menoita (2015) considera basilar a prevenção das UPP como uma atividade prioritária nos cuidados aos clientes em risco, “pelo que as medidas, que visam gerir a pressão sobre os tecidos, proporcionar uma maior resistência à pele e melhorar o estado de saúde geral das pessoas, devam ser implementadas atempadamente” (p.XXV).

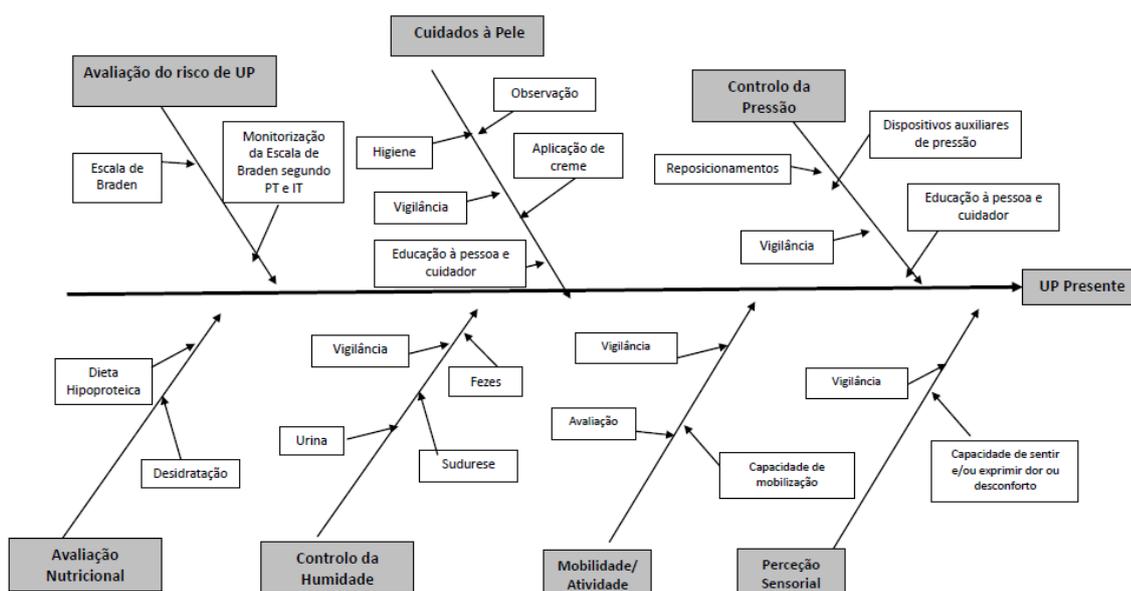
O enfermeiro especialista em enfermagem-médico cirúrgica, por atuar em serviços onde se encontra o doente crítico, deverá estar desperto para os riscos e focar-se nos ganhos em saúde da prevenção de UPP, tanto para os clientes como para a instituição: redução da incidência e prevalência; redução dos fatores de risco; redução da severidade das UPP; otimização/manutenção da condição e integridade cutânea; aumento da qualidade de vida; redução do risco de infeção e aumento da resistência imunitária; diminuição da morbidade e mortalidade precoce; redução de custos associados ao tratamento de UPP; aumento da satisfação, confiança e segurança do cliente e seus familiares (Menoita, 2015).

Como competências específicas do enfermeiro especialista, encontram-se a formação, a conceção e gestão de protocolos e procedimentos, tendo por base lacunas identificadas na prática.

A intervenção precoce é o melhor método de prevenção de UPP, na “qual é necessária a identificação dos pacientes de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão e imediatamente instituídos e implantado estratégias de prevenção, confiáveis para todos os pacientes” (Laurenti *et al.*, 2015, p. 95).

Como meio de se constatar a influência da causa-efeito das intervenções autónomas do enfermeiro, apresenta-se o seguinte diagrama, que pretende elucidar os focos de atenção na intervenção de enfermagem na prevenção de UPP:

Diagrama 1 - Causa-efeito das intervenções de enfermagem na prevenção de UPP



Fonte: Vieira, Cação, Neves, Costa & Santarém (2014)

As avaliações do risco de desenvolver UPP e nutricional iniciam-se no momento de admissão, nomeadamente no SU, nas salas onde os clientes podem permanecer por maiores períodos de tempo (salas de recuperação, de observação e cuidados especiais). A avaliação da existência de UPP é fundamental, bem como a aplicação Escala de Braden (no máximo até 8h após a admissão), para que se possa identificar riscos e necessidades de intervenção. São essenciais os cuidados à pele dos clientes, atendendo à humidade existente. O controlo da pressão a que os clientes estão sujeitos pode ser realizado principalmente pela mobilização do cliente, tendo em conta o seu nível de mobilidade e de percepção sensorial. É fundamental compreender a importância dos fatores apresentados no diagrama acima apresentado como medidas base na prevenção de UPP.

As *guidelines* da NPUAP/EPUAP (2014) contêm recomendações para a prevenção de UPP na pessoa em situação crítica, onde são referidas as superfícies de apoio

existentes, sendo utilizadas muitas vezes não só pelo alívio de pressão, mas também pela necessidade de controlo do microclima, suplementando com posicionamentos mais frequentes. Quando o cliente se encontra instável, são aconselhados posicionamentos mais lentos, com aumento gradual da inclinação lateral, permitindo o retorno à estabilidade hemodinâmica, ou a realização de pequenos movimentos para um posicionamento ligeiro, com redistribuição da pressão. A colocação de almofadas ao longo dos gêmeos irá ainda permitir evitar a formação de UPP nos calcâneos, e a utilização de pensos de proteção na região sacrococcígea irá diminuir as forças de fricção. Todas estas recomendações pretendem contribuir e orientar as intervenções de enfermagem no que concerne à prevenção de UPP.

Tendo em vista o cuidado sistematizado e uniformizado de procedimentos aos clientes na prevenção das UPP, elaborou-se um plano de cuidados direcionado para a pessoa em situação crítica atendendo aos contextos onde esta se insere, tendo por base a linguagem CIPE®, que integra as vertentes preconizadas por entidades de excelência nesta área (NPUAP/EPUAP, 2014).

Desta forma, e tendo em conta que o doente crítico apresenta instabilidade hemodinâmica e/ou falência multiorgânica, apresenta geralmente um score de Alto Risco (≤ 16) para o desenvolvimento de UPP segundo a Escala de Braden. Assim, o plano de cuidados será delineado tendo esta avaliação da Escala de Braden, formulando-se intervenções preventivas de UPP no doente crítico. É necessário ainda que se identifiquem necessidades ou riscos específicos e individuais para que se estabeleçam os diagnósticos sobre os quais irá se basear a intervenção.

No que concerne ao plano de cuidados elaborado, este teve como diagnóstico inicial o Risco de Úlcera por Pressão. Pretende-se intervir neste diagnóstico tendo em vista o preconizado pelo NPUAP/EPUAP (2014) no que concerne à prevenção de UPP, através das intervenções seguidamente apresentadas e separadas por categorias: avaliação estruturada do risco de desenvolver UPP; avaliação e cuidados à pele; utilização de superfícies de apoio; utilização de pensos de proteção; nutrição; posicionamento; dispositivos médicos; e avaliação da dor.

Tabela 1 - Plano de Cuidados referente ao diagnóstico Risco de úlcera por Pressão

FACTORES ETIOLÓGICOS	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
<p>Relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Imobilidade; ✓ Sedação; ✓ Instabilidade Hemodinâmica ✓ Falência multiorgânica; ✓ Dispositivos médicos. <p>EVIDÊNCIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Score da Escala de Braden < 17. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nenhuma Úlcera de Pressão 	<p>Objetivo 1 – Avaliar risco de UPP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar instrumento de avaliação (Escala de Braden), na admissão do cliente; ✓ Aplicar instrumento de avaliação (Escala de Braden) de 24/24 horas. <p>Objetivo 2 – Garantir a viabilidade tecidual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar a integridade da pele na admissão; ✓ Vigiar o estado da pele de 2 em 2 horas; ✓ Inspeccionar a pele em redor dos dispositivos médicos de 2 em 2 horas; ✓ Avaliar perfusão dos tecidos de 2 em 2 horas; ✓ Gerir oxigenação; ✓ Aplicar creme hidratante; ✓ Aplicar creme barreira em zonas de exposição à humidade; ✓ Aplicar pensos de proteção (considerar espuma de poliuretano) nas proeminências ósseas; 	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar até 8h após a admissão. Identificar fatores de risco para o desenvolvimento de UPP; → Utilizar instrumento de avaliação segundo orientação da DGS n.º 017/2011. → Identificar lesões na pele circundante e promover alívio das zonas de contacto; → Uso de emolientes e cremes hidratantes; → Não massajar nem esfregar vigorosamente a pele (NPUAP/EPUAP, 2014); → Com capacidade de gestão do microclima, de fácil aplicação ou remoção, permitindo uma avaliação regular

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar a pele a cada mudança de penso; ✓ Limpar a pele com água tépida e sabão neutro; ✓ Monitorizar temperatura corporal. <p>Objetivo 3 – Aliviar pressão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adequar superfície de contato/colchão; ✓ Providenciar superfícies de apoio (almofadas) para as proeminências ósseas; ✓ Evitar a aplicação de dispositivos de aquecimento diretamente sobre as superfícies cutâneas ou sobre as UPP; ✓ Atenuar pressão nos calcâneos com almofada; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar redistribuição de pressão; ✓ Identificar complicações associadas à utilização de superfícies de apoio; 	<p>da pele (NPUAP/EPUAP, 2014);</p> <ul style="list-style-type: none"> → Colchão de Pressão Alterna ou colchões de espuma reativa e de alta especificidade (NPUAP/EPUAP, 2014); → Atender à condição geral do cliente, à altura, peso e nível de mobilidade do cliente, necessidade de controlo do microclima e redução do cisalhamento. Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola (NPUAP/EPUAP, 2014); → Garantir que os calcâneos ficam afastados do colchão e da superfície de elevação. Não utilizar almofadas em pele de carneiro sintética, dispositivos recortados, sacos de fluidos endovenosos, luvas com água (NPUAP/EPUAP, 2014);
--	--	--

	<p>→ Por má adaptação, clientes com má perfusão e oxigenação local e sistémica, entre outros.</p> <p>→ No momento de admissão;</p> <p>→ Na evolução do cliente ao longo do internamento ou em qualquer alteração significativa do estado de saúde;</p> <p>→ Solicitação de dietas personalizadas hiperproteicas (1 – 1,5g de proteína/Kg peso atual/dia) e hipercalóricas (30-35 Kcal/Kg peso atual/dia). No que concerne ao aporte hídrico, as recomendações são de aproximadamente 30-35ml/Kg peso atual/dia (NPUAP/EPUAP, 2014);</p> <p>→ Por indicação médica e segundo protocolos do serviço / instituição.</p>	<p>→ Dependendo de: tolerância tecidular, nível de mobilidade, condição clínica geral, condição da pele, conforto e objetivos gerais do tratamento instituído;</p> <p>Utilizar uma almofada de espuma ao longo da parte posterior da perna para elevar os calcâneos; colocar os</p>
<p>✓ Trocar superfície de apoio quando necessário.</p> <p>Objetivo 4 – Nutri:</p> <p>✓ Avaliar o estado nutricional do cliente;</p> <p>✓ Avaliar capacidade de ingestão alimentar e de líquidos;</p> <p>✓ Avaliar evolução do estado nutricional;</p> <p>✓ Referir para nutricionista;</p> <p>✓ Administrar alimentação por via oral / entérica / parentérica segundo plano.</p> <p>Objetivo 5 – Mobilizar:</p> <p>✓ Posicionar (alternar decúbito) de 3/3 horas e quando necessário;</p> <p>✓ Elevar cabeceira a 30°;</p> <p>✓ Mobilizar cliente com recurso ao resguardo (minimizar o friccionar durante a mobilização);</p>		

<p>joelhos ligeiramente flectidos (5° a 10°), uma vez que a hiperextensão do joelho poderá obstruir a veia poplítea, podendo predispor a uma trombose venosa profunda; posicionar os clientes de forma lenta e gradual, dando tempo para a estabilização hemodinâmica e oxigenação (NPUAP/EPUAP, 2014);</p>	<p>→ Documentar a frequência e a posição adotada, incluindo uma avaliação dos resultados observados (Vieira <i>et al.</i>, 2014).</p>	<p>→ Verificar a sua capacidade para induzir o mínimo dano provocado por forças de pressão e/ou cisalhamento;</p> <p>→ Garantir que as dimensões são ajustadas ao cliente, para evitar pressão;</p> <p>→ A cada posicionamento (3/3 horas) e quando necessário;</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerir medidas de segurança; ✓ Executar movimentos articulares passivos dos membros 1 vez por turno; ✓ Documentar regimes dos posicionamentos; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar posicionar sobre uma UPP e sobre proeminências ósseas com eritema não branqueável. 	<p>Objetivo 6 – Atender aos dispositivos médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Analisar os dispositivos médicos que o cliente possui e necessita; ✓ Verificar a localização dos dispositivos médicos; ✓ Avaliar adequação dos dispositivos médicos;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inspeccionar a pele sob e em redor dos dispositivos 		

		<p>médicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter a pele limpa e seca sob os dispositivos; ✓ Evitar posicionar cliente diretamente sob um dispositivo médico; ✓ Mobilizar (reposicionar) dispositivo médico; ✓ Aliviar pressão de dispositivos que não possam ser mobilizados; ✓ Aplicar penso de proteção em redor do dispositivo; ✓ Remover dispositivos médicos. <p><u>Objetivo 7 – Avaliação da dor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar dor; ✓ Monitorizar a dor; ✓ Gerir regime medicamentoso. 	<ul style="list-style-type: none"> → A não ser quando tal não possa ser evitado; → De 3/3 horas e sempre que possível; → Quando possível e após confirmação médica. (Intervenções sobre dispositivos médicos de acordo com Dyer, 2015) → No momento de admissão. Utilizar a Escala BPS para clientes sob sedação e/ou sob ventilação invasiva. Utilização das restantes Escalas segundo Orientação da DGS n.º 9/2003; → De 2/2 horas e quando o cliente apresente sinais de desconforto.
--	--	---	---

Para que estas intervenções se traduzam em ganhos de saúde, é necessário que os enfermeiros possuam competências para atuar na identificação de fatores de risco, reavaliando a implementação do plano e executando alterações de acordo com a individualidade de cada cliente. Neste sentido é necessário estipular datas de início e fim previsto em cada intervenção delineada, possibilitando a avaliação e reformulação do mesmo.

Um dos indicadores de qualidade em enfermagem no contexto de prevenção de UPP são os registos, que permitem assegurar a continuidade dos cuidados através do acesso às informações dos clientes de modo seguro e confidencial (Lima, Braga, Fernandes & Brandão, 2011). Os sistemas de informação em enfermagem permitem a elaboração de diagnósticos personalizados e a documentação dos procedimentos, melhorando a qualidade dos cuidados prestados (Lima & Melo, 2011). A elaboração de registos concisos e fidedignos irá potenciar a continuidade de cuidados de enfermagem, permitindo identificar alterações atempadamente e intervir para que estas não se traduzam em complicações no cuidar do doente crítico.

O Despacho n.º1400-A/2015 menciona que “o risco de desenvolver uma úlcera de pressão deve estar devidamente registado no processo clínico do doente, assim como o seu tratamento” (p.3882 – 8). A elaboração de registos permite, para além da transparência de informação, analisar os cuidados prestados, as repercussões e ganhos em saúde para os clientes, bem como os custos envolvidos no seu tratamento.

A instituição de planos de cuidados preventivos no que concerne às UPP pretende desta forma melhorar os indicadores de qualidade dos serviços, aperfeiçoando a abordagem ao doente crítico através da fundamentação científica e da prática baseada na evidência.

Tendo em consideração a experiência pessoal como Elemento de Ligação da Comissão de Feridas no serviço onde se exerce a prática profissional, salienta-se a importância da atualização do conhecimento, no sentido de identificar clientes em risco e aplicar intervenções baseadas na mais recente evidência. A atuação como meio de ligação entre o serviço e a comissão é considerada positiva, na medida em que se atua como um elemento de referência do serviço na área específica da prevenção e tratamento de feridas.

Colaborou-se ao longo dos ensinamentos clínicos com os elementos de ligação do SESARAM dos serviços nesta área, bem como com a responsável pela Comissão de Feridas do CHSJ, que elucidou a vontade em estabelecer elementos de ligação em cada serviço, fato que se considera melhorar a aplicação de normas e protocolos no que concerne à prevenção e tratamento de feridas.

O olhar especializado no que concerne à prevenção de UPP desenvolveu-se ao longo dos ensinamentos clínicos e do interesse em formação e pesquisa nesta área. O doente crítico como cliente apresenta um conjunto de focos de atenção do enfermeiro que, pelas suas especificidades se concentram muitas vezes em instabilidades hemodinâmicas e na falência multiorgânica. No entanto, a necessidade de que os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica se foquem na prevenção de UPP é imensa, na medida em que irão prevenir o desenvolvimento de complicações e repercussões de saúde na evolução clínica do doente crítico.

A elaboração e aplicação de planos de cuidados sistematizados e fundamentados na evidência são uma mais-valia na intervenção de enfermagem, potenciando uma visão individualizada e holística na prestação de cuidados.

Potenciar transições saudáveis e prevenir complicações é primordial na intervenção do enfermeiro especialista. Como indicadores de processo pretende-se que os clientes apresentem pele íntegra, pela implementação das intervenções delineadas, com avaliação das suas necessidades após o início da implementação do plano e alteração de intervenções pertinentes. Como indicadores de resultado pretende-se que os clientes não apresentem UPP.

Como especialista em enfermagem médico-cirúrgica pretende-se a intervenção na formulação de procedimentos, normas e sistematização de atividades que contribuam positivamente para uma prestação de cuidados segura e de qualidade. A melhoria contínua dos programas institucionais e da prestação de cuidados através da reflexão e da implementação de cuidados fundamentados é essencial para que se consiga atuar tanto na gestão, como na formação e na melhoria das intervenções de enfermagem ao doente crítico.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento de competências na área da enfermagem médico-cirúrgica pretende dotar os enfermeiros de capacidades específicas no cuidar do doente crítico.

A complexidade do cuidar engloba várias vertentes que permitem distinguir o enfermeiro especialista nesta área como principal prestador de cuidados ao doente crítico, através da sua intervenção nas áreas de gestão, formação, investigação, elaboração e implementação de normas ou procedimentos que, fundamentados na evidência, permitem melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente em situação crítica.

Desta forma, a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica pautou-se de uma consciencialização sobre o cuidar em enfermagem, através de um processo crítico-reflexivo sobre os cuidados prestados e sobre a intervenção no doente crítico em processo de transição saúde/doença.

A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, regendo-se segundo o estipulado pela OE, insere-se nos valores éticos e deontológicos da profissão, onde o respeito e a dignidade do cliente são valorizados, tendo em conta as tomadas de decisão efetuadas.

A elaboração deste relatório proporcionou a explanação do processo de aprendizagem teórico-prática desenvolvido ao longo das unidades curriculares e dos ensinamentos clínicos preconizados pela ESESJC. Foi assim possível identificar a aquisição de competências comuns e especializadas, focando as distintas dimensões do cuidar e a sua integração na prestação de cuidados tendo em vista a melhoria da qualidade. Com a realização do relatório foi ainda evidenciada a importância da reflexão sobre o percurso académico e sobre o enriquecimento profissional e pessoal, através do desenvolvimento de competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica.

No que concerne à temática específica das UPP, considera-se fundamental a prevenção das mesmas como foco de atenção do enfermeiro, permitindo uma abordagem individualizada e holística ao doente crítico. A elaboração de um plano de cuidados tipo pretende ser uma mais-valia na sistematização e uniformização dos cuidados ao doente crítico, adaptando-se à individualidade de cada um. Considera-se fundamental o investimento na formação sobre a prevenção de UPP aos enfermeiros, elegendo-se elementos de ligação nos serviços que permitam articular com as comissões de feridas na procura da melhor evidência para a prestação de cuidados de qualidade. A demanda da prevenção no doente crítico pretendeu assim providenciar ganhos em saúde através da

prevenção de complicações decorrentes da imobilidade e das UPP, que se podem repercutir a nível hemodinâmico, podendo provocar infeções que aumentariam o tempo de internamento do doente crítico e dos custos associados. Sugere-se a elaboração de um protocolo de intervenção de enfermagem na prevenção de UPP, que permita reduzir a incidência de UPP melhorando os indicadores de qualidade em saúde.

A procura de qualidade nos cuidados de enfermagem centra-se numa intervenção prática que exige um contínuo aperfeiçoamento das competências teóricas, assentando-se nos fundamentos da profissão (Pinto, 2015).

A intervenção na transição experienciada pelos clientes no processo de internamento por doença crítica permitiu abordar a família como cliente, tendo em atenção as dinâmicas familiares e a relação terapêutica. A abordagem familiar neste sentido revelou-se positiva nos processos de recuperação dos clientes e na obtenção de ganhos em saúde, tanto físicos como emocionais e sociais.

O conhecimento das políticas nacionais e institucionais foi fundamental na implementação de protocolos específicos e na participação nos projetos de acreditação dos serviços, sensibilizando os enfermeiros para a gestão dos riscos e da segurança dos clientes, dando especial ênfase para os protocolos de prevenção e controlo da infeção.

Ainda que não tenha surgido oportunidade de desenvolver competências práticas nos ensinamentos clínicos relativamente a situações de catástrofe e emergência multi-vítima, procurou-se investir nesta área a partir da formação teórico-prática realizada, que dotou o enfermeiro de conhecimentos avançados neste tipo de intervenção.

Considera-se fundamentada a aquisição das competências preconizadas para a obtenção do grau de Mestre mediante o desenvolvimento das atividades, tendo-se incrementado o conhecimento e a compreensão dos fenómenos, suportando-se em informações fundamentadas nas tomadas de decisão, aliadas à capacidade de comunicação dos processos e dos resultados obtidos, mediante a aprendizagem contínua e auto promovida, focando-se na prestação de melhores cuidados de saúde ao doente crítico.

Conclui-se que através do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica foi possível intervir e refletir criticamente nas áreas de prestação de cuidados complexos ao doente crítico, desde a conceção à ação no que concerne à gestão, liderança, formação, melhoria da qualidade e prestação de cuidados especializados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acedo, E. I. C. (2014). *Avaliação da dor: Diagnóstico e compromisso de enfermagem na satisfação do cliente/família*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica: Lisboa). Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16381>.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, CD: United States of America. Disponível em <http://el.iauq.ac.ir/assets/subdomains/rahbar/file/APA%206th%5B1%5D.pdf>.
- Aquino, A. T. T., Góes, I. M. C. & Malcher, M. (2016). A percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal de Santarém. *Enfermagem Brasil*, 15 (6), 295-300. Disponível em <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/717>.
- Arantes, A., Carvalho, E., Medeiros, E., Farhat, C. & Mantese, O. (2003). O uso de diagramas de controle na vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 768–774. Consultado em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18020.pdf>. Doi: 1590/S0034-89102003000600012.
- Baranoski, S. & Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (1.^a ed.). (A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bergstrom, N. & Braden, B. (1987). The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*. 36, 205 – 210. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3299278>.

- Berlowitz, D. (2016). *Epidemiology, pathogenesis and risk of pressure ulcers*. Disponível em <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-ulcers>.
- Borghardt, A. T., Prado, T. N., Bicudo, S. D. S., Castro, D. S. & Bringunte, M. E. O. (2016). Úlcera por pressão em pacientes críticos: Incidência e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (3), 431-438. Consultado a 12 de Janeiro de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0460.pdf>. Doi: 10.1590/0034-7167.2016690307i.
- Camelo, S. H. H. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: Uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (1), [9 páginas]. Consultado a 10 de Janeiro de 2017 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf. Doi: 10.1590/s0104-11692012000100025.
- Centro Hospitalar de São João. (2013). *Regulamento interno*. Porto: Centro Hospitalar de São João.
- Chiavenato, I. (2014). *Gerenciando com as pessoas: Transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas*. (5.^a ed.). São Paulo: Editora Manole Conteúdo.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. *Nursing Research Methodology*, 237-257.
- Chicória, M. I. G. (2013). *Cuidados de enfermagem: Uma prática baseada na evidência*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Disponível em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27656&code=210>.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2016). *CIPE® Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Cruz, D. M. (2015). *Do risco ao desenvolvimento de úlceras por pressão: a realidade de um serviço de medicina*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra: Coimbra). Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/28501/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Dulce%20Menezes.pdf.
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, D. F. F. (2014). *Indicadores de qualidade para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa: Lisboa). Disponível em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18348/1/Relat%C3%B3rio%20mestrado_%20danielafinal.pdf.
- Direção Geral da Saúde. (2005). *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa: Autor. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>.
- Donabedian, A. (1996). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 691-729.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 44 (3), 166-203. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>.
- Dyer, A. (2015). Ten top tips: Preventing device-related pressure ulcers. *Wounds International*, 6 (1), 9-13. Disponível em http://www.wintjournal.com/media/journals/_/1163/files/5wint_6-1_dyer.pdf.
- ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas. (2016). *Posição da ELCOS – Sociedade Portuguesa de Ferida, relativamente à substituição da expressão “úlceras por pressão” por “lesão por pressão”*. Consultado a 10 de Outubro de 2016 em <http://sociedadeferidas.pt/>

Esteves, P. C. A. (2015). *O impacto das úlceras por pressão na qualidade de vida da pessoa*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica: Lisboa). Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20269/1/Relatorio%20de%20Especializa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Enfermagem%20Medico-Cirurgica%20I.pdf>.

European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). *EPUAP position on “pressure injury” terminology change*. Disponível em <http://www.epuap.org/news/epuap-position-on-npuap-change-in-terminology/>.

Fassini, P. & Hahn, G. V. (2012). Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: Concepções da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 2 (2), 290-299. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4966>. Doi: 10.5902/217976924966.

Fernandes, N., Torres, G. & Vieira, D. (2008). Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. *Rev. Elect. Enf.* 10 (3), 733 – 746. Disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a19.pdf.

Fernandes, N.C.S. & Torres, G.V. (2008). Incidência e factores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Cienc Cuid Saúde*. 7 (3), 304-310. Disponível em http://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/20130041854fcb1343584ac450191b61a/INCIDENCIA_E_FATORES_DE_RISCO_DE_ULCERAS_DE_PRESSO_EM.pdf.

Ferreira, J. M. C., Neves, J. & Caetano, A. (2011). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: Escolar Editora.

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação da Escala de Braden*. Loures: Lusociência.

- Fletcher, J. (2012). Device related pressure ulcers made easy. *Wounds UK*. 2, (8), 1-4. Consultado a 10 de Janeiro de 2017. Disponível em http://www.wounds-uk.com/pdf/content_10472.pdf.
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. Consultado a 3 de Dezembro de 2017 em <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>.
- Fortunato, J., Furtado, M., Hirabae, L. & Oliveira, J. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista HUBE*. 12 (3), 110-117. Disponível em http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426. Doi: 10.12957/rhupe.2013.7538.
- Fugaça, N. P. A., Cubas, M. R. & Carvalho, D. R. (2015). Utilização de indicadores balanceados como ferramenta de gestão na enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (6), 1049-1056. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01049.pdf. Doi: 10.1590/0104-1169.0670.2648.
- Giarola, L. B., Baratieri, T., Costa, A. M., Bedendo, J., Marcon, S. S. & Waidman, M. A. P. (2012). Infecção Hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: Um estudo bibliográfico. *Cogitare Enfermagem*, 17 (1), 151-157. Disponível em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26390>. Doi: 10.5380/ce.v17i1.26390.
- Gill, Emma. (2015). Reducing hospital acquired pressure ulcers in intensive care. Consultado a 20 de Novembro de 2016 em <http://qir.bmj.com/content/4/1/u205599.w3015.full.pdf+html>. Doi:10.1136/bmjquality.u205599.w3015.
- Gomes, F. S. L., Bastos, M. A. R., Matozinhos, F. P., Temponi, H. R. & Velásquez-Meléndez, G. (2010). Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Revista Esc. Enfermagem USP*, 44 (4), 1070-1076. Consultado a 4 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/31.pdf>. Doi: 10.1590/S0080-62342010000400031.

- Gonçalves, D. L., Díaz, J.F., Vera, R. B., García, N.E. & García, N.R. (2011). Estudo de prevalência de úlceras por pressão nos arquipélagos dos Açores, Madeira e Canárias. *Canarias Médica Y Quirúrgica*, 8 (24), 60-65. Disponível em <http://docplayer.com.br/10415587-Estudo-de-prevalencia-de-ulceras-por-pressao-nos-arquipelagos-dos-aco-res-madeira-e-canarias.html>.
- Henriques, C., Silva, D. & Ferreira, P. (2012). A comunicação com o doente ventilado. *Revista Sinais Vitais*, (105), 46-54.
- Jardim, S. (2015). *Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalhos Académicos*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.
- Jaul, E. (2010). Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: current strategies. *Drugs Aging*, 27 (4), 311-25. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20359262>.
- Júnior, B. S. S., Silva, C. C., Duarte, F. H. S., Mendonça, A. E. O. & Dantas, D. V. (2017). Análise das ações preventivas de úlceras por pressão por meio da escala de braden. *ESTIMA*, 15 (1), 10-18. Disponível em <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/446>. Doi: 10.5327/Z1806-3144201700010003.
- Kloh, D., Lima, M. M. & Reibnitz, K. S. (2014). Compromisso ético-social na proposta pedagógica da formação em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 23 (2), 484-491. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71431352031>. Doi: 10.1590/0104-07072014000470013.
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B. & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening. *Clinical Nutrition*, 22 (4), 415-421. Consultado a 13 de Janeiro de 2017. Disponível em <http://espen.info/documents/screening.pdf>. Doi: 10.1016/S0261-5614(03)00098-0.
- Laurenti, T. C., Domingues, A. N., Gabassa, V. C., Zem-Mascarenhas, S. H. (2015). Gestão informatizada de indicadores de úlcera por pressão. *Journal of Health*

Information, 7 (3), 94-98. Disponível em <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/345>.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (3.^a ed). (P. Reuillard, Trad.) Porto Alegre: Artmed Editora.

Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Pessoal*, Junho, 60-63. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.

Lima, A. & Melo, T. (2011). Informatização da documentação clínica de enfermagem: Expectativas das enfermeiras de implementação. *Revista Enfermagem Referência*, 3 (4), 81-88. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200008.

Lima, D., Braga, A., Fernandes, J. & Brandão, E. (2011). Sistema de informação em saúde: Conceções e perspetivas dos enfermeiros sobre o prontuário electrónico do paciente. *Revista Enfermagem Referência*, 3 (5), 113-119. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300012. Doi: 10.12707/RIII1146.

Lopes, C. (2015). Nutrição na ferida complexa. In E. Menoita. *Gestão de feridas complexas* (pp.100-116). Loures: Lusodidacta.

Lourenço, S. (2014). Nutrição no tratamento de feridas. In Pinto, E. & Vieira, I. (Eds.). *Prevenção e tratamento de feridas: Da evidência à prática*. (pp. 48-60). Lisboa: Hartmann Portugal.

Madeira International Disaster Training Centre (MIDTC). (2016). Documentos de apoio do Curso de *Medical Response to Major Incidents (MRMI)*. Funchal: Autor.

Maia, R. (2012). *Úlceras de pressão: prevalência e caracterização em hospitais na região norte de Portugal*. (Dissertação de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual).

Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16281>.

Maier, G. S. O. & Martins, E. A. P. (2016). Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (3), 710-717. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0757.pdf>. Doi: 10.1590/0034-7167.2016690420i.

Manco, V. (2015). *Acolhimento à família do doente na unidade de cuidados intermédios*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde: Setúbal). Disponível em <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/8863>.

Marinho, A., Pinho, J., Cançado, L., Oliveira, M., Marinho, R. & Martins, F. (2012). Avaliação das necessidades energéticas no doente crítico. *Revista da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica*. 6 (1), 19 – 24. Disponível em <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1534/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20das%20necessidades%20energ%C3%A9ticas%20no%20doente%20cr%C3%ADtico.pdf>.

Martins, D. F. & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde, Brasília*, 14 (2), 57-70. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/abstract?site=ehost&scope=site&jrnl=16785398&AN=120480899&h=NDzno12NpRVxlF6975Nu%2fYQFIHsx9HBfRpMyoPXoH6CUfwWopli0PMXzj1EEXO%2fz7aJ0ydkx4uBn4vx4W%2bAdA%3d%3d&crl=c&resultLocal=ErrCrlNoResults&resultNs=Ehost&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d16785398%26AN%3d120480899>. Doi: 10.5102/ucs.v14i2.3810.

Martins, M. M., Fernandes, C. S. & Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (4), 685-690. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400020. Doi:10.1590/S0034-71672012000400020.

- Mateus, D. & Serra, S. (2017). *Gestão em saúde: Liderança e comportamento organizacional para enfermeiros gestores*. Loures: Lusodidacta.
- Meleis *et al.* (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci.* 23 (1), 12-28. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle- Range and situation specific theories in nursing and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Menoita, Elsa. (2015). *Gestão de feridas complexas*. Loures: Lusodidacta.
- Mölnlycke Health Care (2013). Prevenção de úlceras por pressão. Consultado a 20 de Dezembro de 2016 em <http://www.molnlycke.pt/conhecimento/prevencao-de-ulceras-por-pressao/historial-ulceras-por-pressao/>.
- Moraes, J.T.; Borges, E.L.; Lisboa, C.R.; Cordeiro, D.C.; Rosas, E.G. & Rochas, N.A. (2016). Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*,6 (2), 2292 – 2306. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423>. Doi: 10.19175.
- Morais, J.S. (2015). *Fatores determinantes das úlceras de pressão na pessoa em situação crítica em cuidados intensivos*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Morgado, M. I. M. (2012). *A vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto). Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/72724>.

Mota, F., Mota, R., Oliveira, J. & Alves, P. (2010). As transições na prevenção das úlceras de pressão. *Nursing, Magazine Digital*. Disponível em <http://www.nursing.pt/as-transicoes-na-prevencao-das-ulceras-de-pressao/>.

National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2014). *Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: Guia de consulta rápida* (Fernandes, A; Ribeiro, P, Trad.). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (International Guidelines for Prevention and treatment of pressure ulcers, 2009, Australia: Cambridge Media.

Oliveira, G. N., Vancini-Campanharo, C. R., Lopes, M. C. B. T., Barbosa, D. A., Okuno, M. F. P. & Batista, R. E. A. (2016). Correlação das categorias de classificação de risco com aspectos clínicos e desfechos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100439&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Doi: 10.1590/1518-8345.1284.2842.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Competências dos enfermeiros para a utilização do equipamento de oxigenação por membrana extracorporeal – ECMO em unidade de cuidados intensivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Paiva, A. (2014). *Medição de resultados associados à prática especializada*. Conferência 2.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros: Coimbra: Portugal.

Pinto, S. C. S. (2015). *Prevalência e fatores determinantes de desenvolvimento de úlcera por pressão*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Viseu: Viseu). Consultado a 15 de Janeiro de 2017 Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3270/1/SandraCristinaSilvaPinto%20DM.pdf>.

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set. 2015). Lei n.º 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, n.º 181, I série*.

PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (22 jul. 2015). Regulamento n.º 8046/2015: Mestrado em Enfermagem Médico -Cirúrgica. *Diário da República, n.º 141, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 mar. 2006). Decreto-Lei n.º 74/2006: Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República, n.º 60, I Série-A*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (14 ago. 2007). Despacho n.º 18052/2007. *Diário da República, n.º 156, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (22 fev. 2013). Despacho n.º 2902/2013. *Diário da República, n.º 38, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 ago. 2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República, n.º 153, II série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 fev. 2015). Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República, n.º 28, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (27 mai. 2015). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República, n.º 102, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (29 mai. 2015). Despacho n.º 5739/2015. *Diário da República, n.º 104, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa n.º9/DGCG. 2003-06-14. A dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa n.º11/DSCS/DPCD. 2008-06-18. Programa nacional de controlo da dor. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa n.º13/DQS/DSD. 2010-06-14. Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa n.º013/2010. 2010-06-14. Orientação de boa prática para a higiene das mãos na unidades de saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º029/2012. 2012-12-28 atualizada a 2013-10-31. Precauções básicas do controlo da infeção. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º2902/2012. 2012-12-29 atualizada a 2013-10-31. Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI). Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º015/2013. 2013-10-03 atualizada a 2015-11-04. Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º002/2015. 2015-03-06 atualizada a 2015-11-04. Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referenciação interna. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Orientação n.º017/2011. 2011-05-19. Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (4 set. 1996). Decreto-Lei n.º 161/1996: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 205, I Série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 35, II Série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º 35, II Série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (2 dez. 2014). Regulamento n.º 533/2014: Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República n.º 233, II Série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º 123, II Série.*
- Posthauer, M. E., Banks, M., Donner, B. & Schols, J. (2015). The role of nutrition for pressure ulcer management: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance white paper. *Advances in Skin & Wound Care*. Consultado a 22 de Junho de 2016 em http://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2015/04000/The_Role_of_Nutrition_for_Pressure_Ulcer.7.aspx. Doi: 10.1097/01.ASW.0000461911.31139.62
- Reger, S., Ranganathan, V., Orsted, H., Ohura, T. & Gefen, A. (2010). Shear and friction in context. In MacGregor, L. (Ed.). *Pressure Ulcer Prevention: Pressure, Shear, Friction and Microclimate in Context. A consensus document*. Reino Unido: Wounds International.

- Ribeiro, A. L. A. (2013). *A pessoa com dor crónica: Um modelo de acompanhamento de enfermagem*. (Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa: Lisboa). Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20108>.
- Rogenski, N. M. B. & Kurcgant, P. (2012). Avaliação da concordância na aplicação da escala de braden interobservadores. *Acta Paul. Enferm*, 25 (1), 24-28. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100005&lng=pt. Doi: 10.1590/s0103-21002012000100005
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19 (1), 31-46. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf.
- Sabido, M. J. S. L. (2014). *Catástrofe externa com substâncias químicas perigosas da indústria de refinação de petróleo*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde: Setúbal). Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6521/1/CAT%C3%81STROFE%20-%20Maria%20Jo%C3%A3o%20Sabido.pdf>.
- Sanders, J. S. & Pinto, F. J. M. (2012). Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza – CE. *Revista Mineira de Enfermagem*. 16 (2), 166-170. Consultado a 2 de Julho de 2016 em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/515>. Doi: S1415-27622012000200003.
- Saraiva, D. & Martinho, T. (2011). Comunicar com o doente em estado crítico. *Nursing*, (270), 8-14. Suplemento Junho. Consultado a 22 de Junho de 2016 em <http://www.informacaoensaude.com/Cache/binImagens/33-632.pdf>
- Sayuri, A. (2008). *Prevenção das úlceras de pressão*. (Dissertação para obtenção do grau de Pós-graduada pelo Programa de Pós-graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares). Rio de Janeiro.
- Serpa, L. F., Santos, V. L. C. G., Campanili, T. C. G. F. & Queiroz, M. (2011). Validade preditiva da escala de brande para o risco de desenvolvimento de úlcera por

pressão em pacientes críticos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (1), [8 páginas]. Consultado a 10 de Janeiro de 2017 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf. Doi: 10.1590/S0104-11692011000100008.

SESARAM, EPE. (2013). *Estratégia de gestão do risco clínico*. Funchal: Autor.

SESARAM, EPE. (2016a). *Cuidados hospitalares: Produção anual*. Disponível em https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_remository&Itemid=301&func=download&id=25219&chk=ded9647a49f507193e73e38bb4afe727&no_html=1.

SESARAM, EPE. (2016b). *Prevenção e controlo da infeção associada ao visitante/acompanhante*. Funchal: Autor.

SESARAM, EPE. (2016c). *Prevenção da colonização/infeção cruzada por staphylococcus aureus resistente à meticilina*. Funchal: Autor.

SESARAM, EPE. (2016d). *Processo assistencial circuito do doente crítico*. Funchal: Autor.

Sheehy, G. (2011). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*, (6.^a ed.). Loures: Lusodidacta.

Silva, A., Pereira, A., Rodrigues, A., Rocha, A., Varela, J. Gomes, L., ... Mendes, L. (2013). Custo econômico do tratamento das úlceras por pressão: uma abordagem teórica. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 47 (4), 971-976. Disponível em: <file:///C:/Users/slf/Downloads/78050-107102-1-PB.pdf>. Doi: 10.1590/S0080-623420130000400028.

Silva, E., Araújo, R., Oliveira, E. & Falcão, V. (2010). Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Terapia Intensiva*. 22 (2), 175-185. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000200012.

- Silva, R. L., Barreto, M. S., Arruda, G. O. & Marcon, S. S. (2016). Avaliação da implantação do programa de assistências às pessoas com hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (1) 71-78. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0079.pdf>. Doi: 10.1590/0034-7167.2016690111i.
- Silva, R. M. (2014). *Fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa: Lisboa). Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17108>.
- Soares, N. V & Dall’Agnol, C. M. (2011). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (5), 683-688. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000500014&script=sci_abstract&tlng=pt. Doi: 10.1590/S0103-21002011000500014.
- Tromberg, M.J., McGrath, B.B., Benoliel, J.Q. (1984). Oncology transition services: Partnership of nurses and families. *Cancer Nursing*, 7, (2), 131-137.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2006). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.
- Valente, R. F. (2016). *Comunicar em enfermagem*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa: Lisboa). Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21285/1/Relat%C3%B3rio%20Rafael%20Valente.pdf>.
- Vicente, F. F. (2016). *Dor crónica musculoesquelética*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz: Lisboa). Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17660>.

Vieira, C, Cação, C, Neves, C, Costa, D & Santarém, I. (2014). *A qualidade dos cuidados na prevenção, monitorização e registo de úlceras de pressão no CHMT*. Lisboa: Centro Hospitalar Médio Tejo. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CentroHospitalarMedioTejo_QualidadeCuidadosPrevencaoMonitorizacaoRegistoUlcerasPressao.pdf.

Wada, A, Neto, N. T. & Ferreira, M. C. (2010). Úlceras por pressão. *Rev. Med.* 89 (3/4), 170 – 177. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46293>.

Warriner, R. A. & Carter, M. J. (2011). The current state of evidence-based protocols in wound care. *Plastic and Reconstructive Surgery.* (127), 1448-1538. Doi: 10.1097/PRS.0b013e31820023dc.

Wilson, M. (2007). Heel pressure ulcers: An overview of pressure relieving equipment. *Wound Essentials*, 12, 115-120. Disponível em <http://www.wounds-uk.com/wound-essentials/wound-essentials-2-heel-pressure-ulcers-an-overview-of-pressure-relieving-equipment>.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família*. (5.^a ed.). (Trad. S. Spada). São Paulo: Roca.

ANEXOS

ANEXO A – Certificado de aprovação do Curso de *Medical Response to Major Incidents (MRMI)*



CERTIFICATE

It is hereby confirmed that

Cláudia Cristina Alves de Sousa

has attended the postgraduate course

Medical Response to Major Incidents (MRMI)

Funchal, Portugal
November 27-29, 2016

and as active participant in interactive simulation exercises acquired skills
in triage, decision making and performance in major incidents

Itamar Ashkenazi
MRMI Chairman Faculty

Luís Vale
Course Director