



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na  
Pessoa em Situação Crítica: Comparação da  
Escala de Braden com a Escala Revista  
Cubbin&Jackson**

**Isabel Margarida Fernandes Soeiro**

Orientação- Professor Doutor Adriano Dias Pedro

**Mestrado em Enfermagem**

Enfermagem Médico-cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica

**Relatório de Estágio**

Beja, 2021



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na  
Pessoa em Situação Crítica: Comparação da  
Escala de Braden com a Escala Revista  
Cubbin&Jackson**

**Isabel Margarida Fernandes Soeiro**

Orientação- Professor Doutor Adriano Dias Pedro

**Mestrado em Enfermagem**

Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica

**Relatório de Estágio**

Beja, 2021



AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: COMPARAÇÃO  
DA ESCALA DE BRADEN COM A ESCALA REVISTA CUBBIN&JACKSON

**Isabel Margarida Fernandes Soeiro**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização  
em Enfermagem Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica**

**Júri:**

**Presidente:** Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

**Arguente:** Mestre e Especialista Maria Antónia Rasa Correia da Costa

**Orientador:** Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Data: 10 de Novembro de 2021

*“É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos  
ficado, para sempre,  
à margem de nós mesmos”*

*Fernando Pessoa*

## AGRADECIMENTO

Ao **Professor Adriano Pedro** pela sua orientação no estágio e neste Relatório. Obrigada pelos ensinamentos, pelo incentivo, por todas as sugestões, apoio e disponibilidade.

Aos **Professores do Mestrado** pela partilha e pela orientação para o crescimento pessoal e profissional.

À Enfermeira Supervisora Clínica, **Enfermeira Liliana Pereira** pela orientação, disponibilidade, estímulo, partilha de conhecimento, pela humildade e paciência durante o estágio na UCIP 1 do CHUA.

À Enfermeira Gestora **Isabel Hubert** por ter aceite a realização do estágio apesar do momento conturbado que todos vivemos.

À **Equipa da UCIP 1** pela forma carinhosa e profissional com que me receberam.

Aos **meus Pais** pelo apoio sempre incondicional e por acreditarem sempre.

Em especial ao **meu Irmão**, a minha estrelinha.

Aos **meus filhos**, peço desculpa pelas ausências, mas voltarei cheia de força!

Ao meu **companheiro de «viagem»**, por acreditar que conseguia.

À **Tânia** e à **Ana** obrigada por me aturarem....

## RESUMO

As úlceras por pressão são um importante problema de saúde que afeta todos os doentes em todos os contextos de cuidados, com particular relevância nas Unidades de Cuidados Intensivos. A utilização de instrumentos que ajudem a estimar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, que sejam sensíveis, específicos e fáceis de aplicar, melhoram a qualidade dos cuidados de enfermagem e a qualidade de vida dos doentes, diminuindo os custos em saúde.

Neste relatório estão descritos os passos do projeto de intervenção desenvolvido durante o Estágio Final com o tema «Avaliação do risco de Úlceras por pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson». Este projeto foi baseado na metodologia de projeto e teve como objetivo geral propor a aplicação da escala Cubbin&Jackson na Unidade de Cuidados Intensivos.

A reflexão crítica deve fazer parte do percurso de aquisição de competências, pelo apresentamos uma análise e reflexão fundamentada do nosso percurso de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica e competências de Mestre em Enfermagem.

## PALAVRAS-CHAVE:

Úlcera por Pressão; Escala de Braden; Escala Revista Cubbin & Jackson; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Teoria do Conforto

## **ABSTRACT**

Pressure injury are an important health problem that affects all patients in all care settings, with particular relevance in Intensive Care Units. The use of instruments that help to estimate the risk of developing pressure ulcers, which are sensitive, specific and easy to apply, improve the quality of nursing care and the quality of life of patients, reducing healthcare costs.

This report describes the steps of the intervention project developed during the Final Stage with the theme "Assessment of the risk of pressure injuries in the person in critical condition: Comparison of the Braden Scale with the Cubbin&Jackson Revised Scale". This project was based on the project methodology and aimed to propose the application of the Cubbin&Jackson scale in the Intensive Care Unit.

Critical reflection should be part of the path of acquiring competences, as we present an analysis and reasoned reflection on our path of acquiring the common and specific competences of the Specialist Nurse in Medical-surgical Nursing- Person in Critical Situation and Master's competences in Nursing.

## **KEYWORDS:**

Pressure Injury; Braden Scale; Cubbin & Jackson Revised Scale; Medical-Surgical Nursing; Comfort Theory

## LISTA DE SIGLA, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

<- Menor

≤- Menor ou igual

≥- Maior ou igual

=- Igual

cm- centímetros

g- grama

H<sub>2</sub>O- Símbolo químico da água

Kcal- quilocaloria

Kg- quilograma

mmhg- milímetros de mercúrio

sd- sem data

sp- sem pagina

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BPS- *Behavioral Pain Scale*

C&J- *Cubbin&Jackson*

CFIC- Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

CHUA- Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CNAF- Canuala Nasal de Alto Fluxo

DGS- Direção-Geral da Saúde

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMIH- Equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar

EMC- Enfermagem Médico- Cirúrgica

EMC-PSC- Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica

EPI- Equipamento de Proteção Individual

EPUAP- *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

EUA- Estados Unidos da América

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN- *International Council of Nurses*

LPP- Lesão pro Pressão

NPUAP- *National Pressure Ulcer Advisory Panel*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PQCE- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PQCEEM- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica.

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RASS- *Richmond, Agitation-Sedation Scale*

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SUB- Serviço de Urgência Básica

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UPP- Úlcera por Pressão

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VPN- Valor Preditivo Negativo

VPP- Valor Preditivo Positivo

VVS- Via Verde Sépsis

WHO- *World Health Organization*

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Classificação das UPP.....	28
<b>Tabela 2-</b> Principais fatores de risco das UPP.....	31
<b>Tabela 3-</b> Escala de Braden.....	33
<b>Tabela 4-</b> Escala Revista C&J traduzida para Português.....	34
<b>Tabela 5-</b> Cronograma inicial do projeto de intervenção.....	37
<b>Tabela 6-</b> Diagnóstico de internamento na UCIP de 1 a 30 de abril de 2021.....	40
<b>Tabela 7-</b> Taxa de prevalência de UPP na UCIP de 1 a 30 de abril de 2021.....	41
<b>Tabela 8-</b> Média, Mínimo e Máximo para os valores da Escala de Braden para o 1º, 5º, 10º e 15º dia.....	41
<b>Tabela 9-</b> Média, Mínimo e Máximo para os valores da escala Revista C&J para o 1º, 5º, 10º e 15º dia.....	42
<b>Tabela 10-</b> Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo para a Escala de Braden e a Escala Revista C&J.....	43

## Índice Geral

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO CLÍNICO- CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE.....</b>	<b>16</b>
1.1. UCIP 1- Estrutura, Recursos Físicos e Materiais.....	18
1.2. UCIP 1- Recursos Humanos.....	19
1.3. UCIP 1- Análise da Organização do Trabalho da Equipa de Enfermagem.....	20
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL- TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA.....</b>	<b>23</b>
<b>3. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>26</b>
3.1. Enquadramento Teórico- Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão na Pessoa em Situação Crítica.....	26
3.1.1. Conceito e classificação das úlceras por pressão.....	28
3.1.2. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão.....	30
3.1.3. Avaliação do Risco.....	32
3.2. Diagnóstico da Situação.....	34
3.3. Definição de Objetivos.....	36
3.4. Planeamento.....	36
3.5. Execução.....	38
3.6. Avaliação.....	45
3.7. Divulgação de Resultados.....	48

<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE</b>	
<b>COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em</b>	
<b>Enfermagem.....</b>	<b>50</b>
<b>4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem</b>	
<b>Médico-cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em</b>	
<b>Enfermagem.....</b>	<b>64</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO 1- Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e do Conselho de Administração do</b>	
<b>CHUA .....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO 2- Cartaz de divulgação da sessão formativa «Avaliação do Risco de Desenvolvimento</b>	
<b>de UPP na Pessoa em Situação crítica».....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO 3- Certificado de presença no congresso «Enfermagem: refletir a pandemia,</b>	
<b>perspetivar o Futuro».....</b>	<b>100</b>
<b>Anexo 4- Certificado de presença no congresso «VII Congresso internacional de cuidados</b>	
<b>intensivos: E de repente...tudo mudou».....</b>	<b>102</b>
<b>Anexo 5- Certificado de presença no curso «Implementação da evidência científica».....</b>	<b>104</b>
<b>Anexo 6- Certificado de presença no curso «Utilização de ferramentas de apoio à</b>	
<b>investigação».....</b>	<b>106</b>
<b>Anexo 7- Certificado de presença no congresso «Workshop: Monitorização</b>	
<b>hemodinâmica.....</b>	<b>108</b>
<b>Anexo 8- Certificado de presença no congresso «XII Fórum internacional de feridas e</b>	
<b>úlceras».....</b>	<b>110</b>
<b>Anexo 9- Certificado de presença no congresso «STOP UPP».....</b>	<b>112</b>

<b>Anexo 10-</b> Certificado de presença no congresso «XXIII Congresso Nacional de Enfermagem Intensiva e II Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva».....	114
<b>Anexo 11-</b> Certificado de presença no congresso «Congresso internacional de controlo de infecção».....	116
<b>Anexo 12-</b> Certificado de presença no congresso «World Sepsis congresso 2021».....	118
<b>Anexo 13-</b> Comunicação livre «A presença da família na reanimação cardiopulmonar- a prespetiva do enfermeiro» no congresso «XXIII Congresso nacional de enfermagem intensiva e II Congresso Ibérico internacional de enfermagem intensiva».....	120
<b>Anexo 14-</b> Comunicação livre «Simulação em catástrofe: que contributos?» no congresso «XXIII Congresso nacional de enfermagem intensiva e II Congresso Ibérico internacional de enfermagem intensiva».....	122
<b>Apêndices.....</b>	<b>124</b>
<b>Apêndice 1-</b> Proposta de projeto de intervenção / documentos entregues no CFIC do CHUA.....	125
<b>Apêndice 2-</b> Diapositivos da sessão da formativa «Avaliação do risco de UPP na pessoa em situação crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson».....	142
<b>Apêndice 3-</b> Plano da Sessão Formativa «Avaliação do risco de Úlceraspor Pressão no doente crítico: Comparação da Escala de Braden com a Escala Cubbin&Jackson».....	163
<b>Apêndice 4-</b> Projeto de Estágio Final- Unidade de Cuidados intensivos.....	165
<b>Apêndice 5-</b> Projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem «Vai Verde Sépsis»no SUP do CHUA.....	193
<b>Apêndice 6-</b> Resumo do artigo científico «Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson».....	196

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no contexto do 2º ano, do 4º curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC], no âmbito da Unidade Curricular «Relatório». O 4º Mestrado encontra-se a decorrer no Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde de Beja, em associação com o Instituto Politécnico de Portalegre, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Setúbal e com a Universidade de Évora.

A concretização deste relatório é o reflexo de todo o percurso de aprendizagem e crescimento durante curso de Mestrado em Enfermagem, etapa essencial para a obtenção do título profissional de Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC], atribuído pela Ordem dos Enfermeiros [OE], assim como depois de aprovado e realizadas provas públicas de defesa, a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

O Estágio Final realizou-se na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP], da unidade de Faro, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA], iniciando-se a 18 de janeiro de 2021, com término a 28 de maio de 2021, com uma carga horária final de 336h. O Estágio Final e Relatório teve como Orientador Pedagógico o Professor Doutor Adriano Pedro e uma Enfermeira Especialista em EMC-PSC, como supervisora clínica.

Ao longo de 25 anos exercemos a nossa atividade profissional no Serviço de Urgência Polivalente [SUP], do mesmo Centro Hospitalar, fazendo uma passagem pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER] de Faro, razão pela qual, através da creditação de competências, o Conselho Técnico-científico da Escola Superior de Saúde de Beja, depois de efetuarmos o respetivo pedido, nos creditou o Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [PSC], em contexto de serviço de urgência. Assim, obrigatoriamente o Estágio Final teria que decorrer em contexto de cuidados intensivos. A minha escolha por esta unidade prendeu-se essencialmente com motivos de ordem prática, ficar o mais perto possível da minha área, mas ainda assim sair da minha zona de conforto. Apesar de ser um serviço «vizinho» proporcionou-nos uma perspetiva que não conhecíamos, «o depois da sala de emergência». Ainda, sendo a UCIP 1 uma unidade nível III, presta

cuidados de saúde altamente diferenciados e complexos, proporcionando-se como contexto ideal para obtenção de uma panóplia de experiências na área do doente crítico, facilitando o processo de aquisição de competências a que nos propusemos.

De forma a ir ao encontro à linha de investigação preconizada para a área de investigação em EMC «Segurança e qualidade de vida», realizamos o projeto de intervenção na área da avaliação do risco de Úlcera por Pressão [UPP] na PSC, almejando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. As UPP continuam a ser uma ameaça à segurança dos doentes e afetam globalmente a qualidade dos cuidados de saúde. São ainda, responsáveis pelo aumento da prevalência de infeções, condicionando internamentos mais longos, obrigando a um maior número de readmissões e consequentemente, maior consumo de recursos para os sistemas de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011; Ministério da Saúde, 2015). A Escala de Braden é a aceite para a avaliação do risco de UPP em todos os contextos (DGS, 2011), no entanto da pesquisa realizada, surgiu a Escala Revista Cubbin&Jackson [C&J] como a mais específica para o doente crítico (Sousa, 2013; Higgins *et al*, 2020; Adibelli & Korkmaz, 2019; Delawder *et al*, 2021). O tema emergiu da constatação da presença de UPP nos doentes internados na UCIP 1, o que nos incitou a reflexão e pesquisa na temática. O desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção foram baseados na metodologia de projeto (Ruivo *et al*, 2010).

Para a elaboração deste Relatório definiram-se como objetivos:

- ✓ Descrever o contexto onde se desenvolve o Estágio Final e onde teve lugar a implementação do projeto de intervenção.
- ✓ Apresentar o projeto de intervenção, considerando todas as fases da metodologia de projeto.
- ✓ Analisar de forma refletida e fundamentada o processo de aquisição de competências, comuns, específicas e de Mestre em EMC-PSC

Este documento encontra-se organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma caracterização do contexto clínico onde se desenvolveu o Estágio Final e onde se concretizou a implementação do projeto de intervenção. Fazemos então, um enquadramento legal e na

organização da UCIP 1, assim como uma descrição e reflexão sobre os recursos materiais e humanos, e a organização de trabalho da equipa de enfermagem. Seguidamente, no segundo capítulo fazemos um enquadramento conceptual que serviu de base para o desenvolvimento do projeto de intervenção, assim como para o desenvolvimento de competência no decorrer do Estágio Final. A escolha recaiu sob a Teoria do Conforto de Kolcaba, pois esta promove os cuidados de enfermagem holísticos, direcionados às necessidades dos doentes e das famílias (Chandra *et al*, 2016). No terceiro ponto, apresentamos uma revisão da literatura sobre as UPP (conceito, classificação, fatores de risco e escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de UPP). Ainda neste ponto, descrevemos as várias fases da metodologia de projeto (diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação de resultados) (Ruivo *et al*, 2010). Por fim, no último capítulo faremos uma reflexão, de forma crítica e fundamentada, analisando o processo de aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE,2019), das competências específicas de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC (OE, 2018) e das competências de Mestre em Enfermagem (Universidade de Évora, 2015).

O presente relatório cumpre as regras de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* da 7ª edição e teve em conta o acordo ortográfico em vigor da língua portuguesa com exceção das citações diretas dos autores.

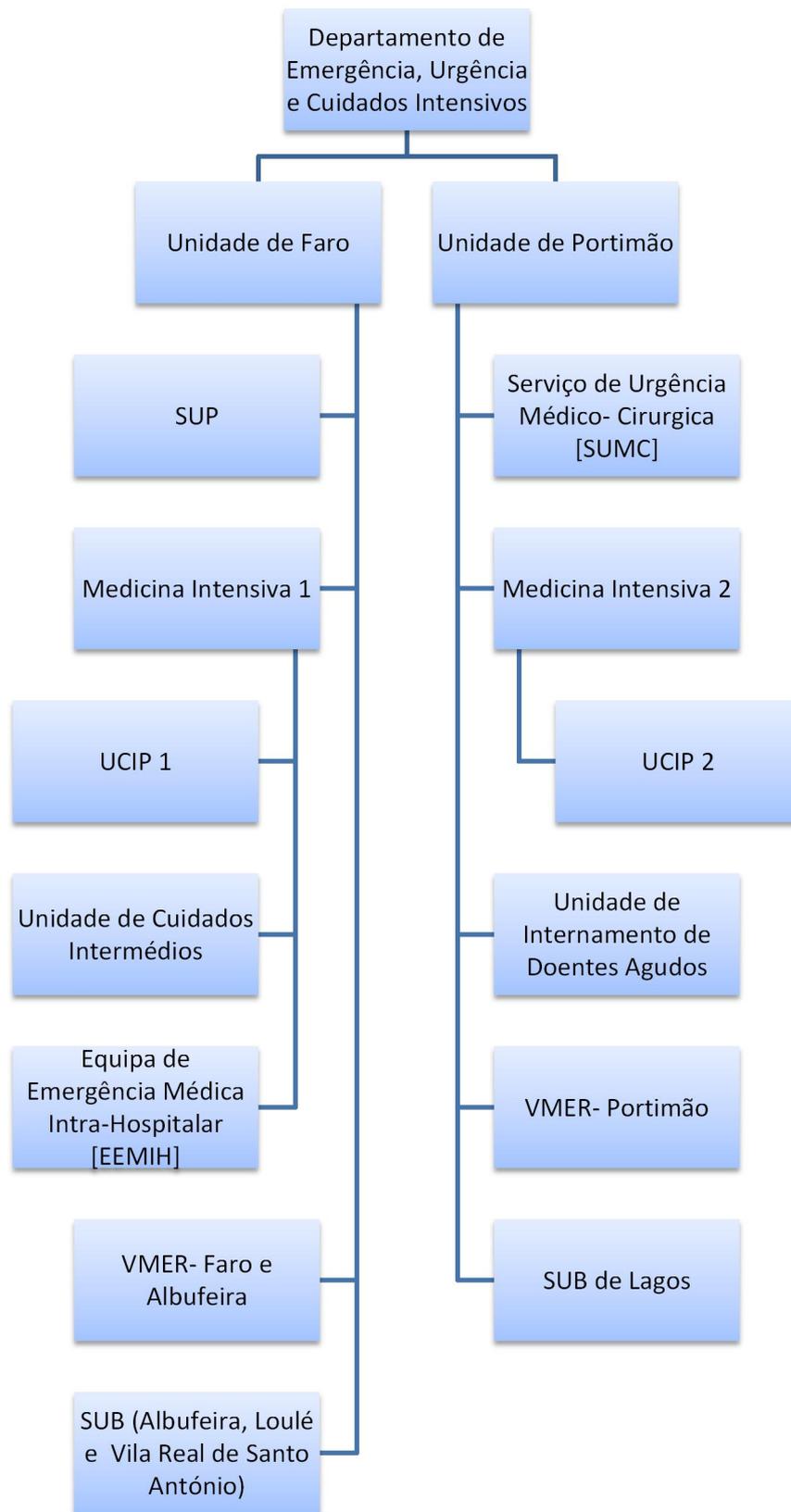
## **1. ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO CLÍNICO- CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE**

O CHUA é constituído por três unidades hospitalares, Faro, Portimão e Lagos, pelos quatro Serviços de Urgência Básica [SUB] (Lagos, Albufeira, Loulé e Vila Real de Santo António) e tem como missão prestar cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, com o objetivo de alcançar a excelência na atividade assistencial, no ensino e investigação, através da introdução de boas práticas baseadas na evidência e na inovação em saúde. Do mesmo Centro Hospitalar faz ainda parte o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, considerado um centro especializado de reabilitação que integra a rede de referência de medicina física e reabilitação, assegurando a prestação de cuidados diferenciados de reabilitação a pessoas portadoras de grande limitação funcional, nos regimes de internamento e ambulatório, designadamente consultas externas e hospital de dia, com caráter interdisciplinar e intensivo, à população do Algarve e do distrito de Beja, cumprindo padrões de excelência com vista à maximização do potencial de reabilitação de cada doente e ao pleno exercício da cidadania. A área de influência do CHUA inclui 16 concelhos da região do Algarve com uma população de 450 000 habitantes, podendo triplicar na época de grande afluência turística. É também área de influência em valências como cardiologia de intervenção ou neurocirurgia, para a população de parte do Alentejo (CHUA, 2018).

O CHUA, em termos de gestão intermédia, está estruturado em 7 departamentos: Médico; Cirúrgico; Criança, Adolescente e Família; Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana; Psiquiatria e Saúde Mental; Clínico de serviços tecnológicos e terapêuticos e Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos (CHUA, 2018). Cada um destes departamentos organizam-se em torno de uma especialidade comum, sendo coordenado por um médico (diretor de departamento), um enfermeiro (enfermeiro gestor com funções de direção) e um administrador hospitalar.

O Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos engloba os serviços apresentado no organograma seguinte:

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson



Organograma do Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos

O agrupamento destes serviços no mesmo departamento permite confluir recursos de modo a maximizar a qualidade de atendimento no percurso do doente crítico.

### **1.1. UCIP 1- Estrutura, Recursos Físicos e Materiais**

A UCIP 1 fica localizada no 2º piso do edifício principal da unidade de Faro do CHUA, instalada numa estrutura que foi acrescentada em 2008. Não sendo construída de raiz para funcionar como uma unidade de cuidados intensivos, revela algumas dificuldades na organização de cada unidade de doente. A entrada de doentes faz-se pelo SUP, local onde se encontra a sala de emergência e Unidade de Cuidados Intermédios.

No mesmo piso localizam-se também serviços com intensa ligação, como a Radiologia, a Patologia Clínica e Imunohemoterapia que permite um acesso rápido, assim como o elevador dedicado para acesso ao Bloco Operatório.

Face ao período de pandemia por todos vivenciado, a UCIP 1 tornou-se um serviço elástico, aumentando e diminuindo a sua lotação e localização conforme o número de doente com necessidade de cuidados intensivos.

Em fevereiro de 2021 a UCIP 1 era constituída por:

- ✓ UCIP 1- 7 camas para doente crítico não Covid
- ✓ UCIP Covid 1- 20 camas para doente crítico com infeção por Covid 19 (localizada na decisão clínica -SUP)
- ✓ UCIP Covid 2- 9 camas para doente crítico com infeção por Covid 19 (localizada no 3º piso do edifício principal)

Cada unidade de doente na UCIP dispõe de ventilador com possibilidade de ventilação invasiva e não invasiva, monitor multi parâmetros com possibilidade de monitorização invasiva e não invasiva, bombas e seringas infusoras, rede de oxigénio, ar e vácuo. Dependendo das necessidades de cada doente, existe também a possibilidade de recorrer a outros meios de monitorização hemodinâmica,

como a Pressão Venosa Central, a Pressão IntraCraneana, a Pressão Intra Abdominal ou o sistema de *Pulse Contour Cardiac Output* (PiCCO). Pode ainda avaliar-se o nível de sedação dos doentes através do Índice Bispetral (BIS).

Dispõe também de equipamento para técnica de substituição renal seja ela contínua ou intermitente. Além dos ventiladores de cada unidade, proporciona a possibilidade de administração de oxigénio em alto fluxo, equipamento muito útil para os doentes com insuficiência respiratória associada ao Covid 19.

A UCIP1 dispõe ainda de aparelho de gasimetria e ecografo. Possui carro de urgência equipado para utilização em situações de paragem cardiorespiratória. A disponibilização de medicação é feita por um sistema automático *Pixis Medstation*® aumentando a segurança e responsabilizando cada enfermeiro na gestão do medicamento, uma vez que é necessário a identificação do utilizador e do recetor do medicamento. Em relação ao material clínico, este é repostado diariamente por colaboradores do armazém clínico através de um sistema de armazéns avançados em que é estabelecido um nível mínimo e um nível máximo para reposição.

Tendo em conta a complexidade dos doentes internados, a UCIP 1 dispõe de uma aplicação informática dedicada aos cuidados intensivos, *B-ICU-Care*®, que permite um nível de registo de cuidados, rigoroso, com a menor perda de tempo, permitindo ainda integração direta de dados como os parâmetros vitais, resultados das gasimetrias ou parâmetros de ventilação.

## 1.2. UCIP 1- Recursos Humanos

As Unidades de cuidados intensivos [UCI] devem deter de um corpo clínico (Médicos e Enfermeiros) próprio e dedicado a tempo inteiro, 24 h por dia. Em relação aos enfermeiros, as UCI devem ter um enfermeiro gestor com perfil e competências adequadas com a missão do serviço. O rácio enfermeiro/doente deve ser flexível e estar de acordo com os níveis de cuidados necessários para cada doente, sendo que o rácio mínimo recomendado para uma unidade nível III é 1:2 e para nível II 1:3. (Paiva, 2016).

Em relação à composição da equipa de enfermagem, a OE (2019a) recomenda que, sendo uma unidade de nível III, 50% dos enfermeiros seja Especialista em EMC de preferência na área da PSC, em permanência em cada turno e nas 24h. Os rácios recomendados neste tipo de unidade são de um enfermeiro para um doente.

A equipa da UCIP 1, com camas de nível III, é constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e uma Secretária Clínica, dedicados a tempo inteiro. Colaboram ainda, outros profissionais de saúde externos à UCIP, tais como Médicos de outras especialidades, Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala e Nutrição, a Neurofisiologia, a Psicologia, entre outros.

Tendo em conta a situação pandémica, a equipa de enfermagem da UCIP 1 foi sendo reforçada ao longo da evolução do número de doentes com necessidade de cuidados intensivos. Na escala referente aos meses fevereiro- março, dispunha de 78 enfermeiros, distribuídos por 5 equipas com horário rotativo e uma com horário fixo de manhãs. Destes, 20 são enfermeiros especialistas (11 em EMC, 5 em Enfermagem de Reabilitação e 4 em Enfermagem Comunitária). Em cada uma das equipas, existe um Enfermeiro chefe de equipa que além da prestação de cuidados participa na gestão do serviço e substitui a Enfermeira Gestora na sua ausência. Os rácios praticados antes da pandemia eram um enfermeiro para dois doentes, com o aumento significativo do número de doentes e espaços o rácio fixou-se em 1:3 ou mesmo 1:4, obrigando a uma priorização dos cuidados.

### **1.3. UCIP 1- Análise da Organização do Trabalho da Equipa de Enfermagem**

Na UCIP 1 foram admitidos, em 2019, 460 doentes, com uma média de internamento de 8,6 dias e uma taxa de mortalidade de 28%. A tipologia de doentes recebidos na UCIP1 são doentes com elevado grau de dependência nas atividades de vida, com grande necessidade de vigilância e monitorização hemodinâmica, principalmente neurocríticos, cirúrgicos e respiratórios. Atualmente a maior fatia vai para os doentes com a sua função respiratória afetada em resultado da infeção associada ao COVID 19 (Dados facultados pela Enfermeira Gestora). A carga de trabalho é avaliada na UCIP 1 pela escala TISS 28 (*Therapeutic Intervention Scoring System-28*), instrumento validado para a população portuguesa por Moreno e Morais (1997), com uma média, em 2019, de 37 o que equivale

a 6,5h de cuidados de enfermagem diretos ao doente em cada 8h. No entanto, pelo facto de ser um índice de carácter retrospectivo às 24h prévias, apresenta-se como uma ferramenta limitada pois contabiliza apenas uma pequena fatia do real tempo de trabalho (Vincente & Moreno, 2010).

A equipa de enfermagem organiza-se em unidades mais pequenas, presentes 24h por dia, 365 dias por ano. A constituição destas pequenas equipas é efetuada pela enfermeira gestora do serviço e obedece a alguns critérios, como sejam: a detenção de formação especializada, a experiência profissional ou formação em competências acrescidas na área da PSC.

No momento, o período de trabalho da equipa de enfermagem encontra-se organizado em períodos de 12h. O turno da manhã das 8:00 às 20:30 e o turno da noite, das 20:00 às 8:30. Ficam alocados na UCIP não Covid três enfermeiros por turno, na UCIP Covid 1 ficam 10 enfermeiros e na UCIP Covid 2 ficam três enfermeiros, sempre tendo em conta o número de doentes em cada um dos espaços e a carga de trabalho em cada momento. De salientar que na UCIP Covid 1 e 2 os enfermeiros trabalham «em espelho», quer isto dizer que, enquanto metade da equipa está dentro da unidade, a outra metade posiciona-se no exterior. O objetivo, é ter uma equipa no interior que presta cuidados diretos ao doente e outra no exterior que auxilia com material, terapêutica, equipamento ou logística. Este método também proporciona descanso às equipas, pois a prestação de cuidados de saúde ao doente crítico já por si pode ser esgotante com o acréscimo da utilização de todos os equipamentos de proteção individual [EPI] necessários torna-se muito cansativo. No turno da manhã, nos dias úteis da semana estão ainda presentes enfermeiros em funções de gestão. Em cada turno está identificado um enfermeiro como responsável de turno, normalmente um enfermeiro especialista, que além da prestação de cuidados diretos acumula também funções de gestão de cuidados dentro da equipa, apoiando os enfermeiros menos experientes, mas também funções de gestão de recursos humanos, logísticos e materiais.

O método de trabalho utilizado na UCIP 1 é o método individual, existindo no entanto um notável trabalho em equipa. Este trabalho em equipa demonstra-se no apoio aos enfermeiros menos experientes ou em integração, ou ainda em situações de agudização do estado de um qualquer doente. Os rácios enfermeiro/doentes na UCIP 1 atingem habitualmente 1:2, não considerando o recomendado pelo regulamento para cálculo das dotações seguras emanado pela OE (2019a). Na

UCIP Covid este rácio foi muitas vezes ultrapassado, apesar do parecer nº 02/2020 da OE orientar para a manutenção do rácio 1:1 para esta tipologia de UCI.

Segundo a Ordem dos Médicos (2018), a ação das UCI devem alargar as intervenções a montante e a jusante, assim, sediada na UCIP 1 está a EEMIH constituída por um médico e um enfermeiro com competências acrescida em emergência. Esta equipa foi criada em 2015 para dar cumprimento à orientação da DGS (2010a). Durante um período a equipa da UCIP 1 também realizava consulta de *fallow up*, mas por falta de recursos humanos no período pandémico foi cancelada, continuando ainda, a prestar assessoria em algumas situações.

A equipa de enfermagem é uma equipa motivada em termos formativos com grupos de trabalho formados nos mais diversos temas, desde a doação de órgãos, a humanização através do projeto “Amor entre linhas” ou acompanhamento da família na UCIP1.

## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL- TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

A teoria escolhida para a fundamentação do Estágio Final na UCI e para o projeto de intervenção foi a teoria de médio alcance de Katharine Kolcaba, a Teoria do Conforto, pois esta promove a prestação de cuidados de enfermagem holísticos, direcionados às necessidades de conforto dos doentes e das suas famílias (Chandra *et al*, 2016). A manutenção do conforto na vivência da PSC é uma intervenção que se reveste de grande importância para o papel dos enfermeiros. O ambiente de cuidados intensivos canaliza muitas vezes as prioridades para o tratamento da doença colocando o cuidar humano para segundo plano (Faria *et al*, 2018). A Teoria do Conforto baseia-se nas necessidades humanas, por isso esta pode ser aplicada a doentes que vivenciam “múltiplos estímulos em situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão” (Dowd, 2004, p.487) como é o exemplo das UCI e da PSC.

Conforto caracteriza-se por uma “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (ICN [International Council of Nurses], 2019), mas também, como uma abordagem holística através da qual se dá satisfação das necessidades de conforto, que podem ser de três tipos: de alívio, de tranquilidade e de transcendência (Kolcaba, 1994), podendo enquadrar-se nos vários contextos: físico, psico-espiritual, ambiental e social (Dowd, 2004).

A necessidade de conforto deve ser entendida como necessidade de cuidados de saúde e como tal, necessidade de cuidados de enfermagem. Segundo Kolcaba e Bice (sd) enfermagem é “a avaliação intencional das necessidades de conforto, desenho de medidas de conforto para atender a essas necessidades e reavaliação do conforto dos pacientes, famílias ou comunidade após a implementação de medidas de conforto” comparando com o estado anterior da pessoa. Esta avaliação e reavalição pode ser “subjéctiva, tal como quando uma enfermeira pergunta se o doente está confortável, ou objectiva como na observação da cicatrização das feridas” (Dowd, 2004, p. 485). Desta forma, as intervenções de enfermagem deverão ir ao encontro das necessidades de conforto numa perspectiva holística e dinâmica (Faria *et al*, 2018).

Num estudo, Kolcaba e Steiner (2000) testaram quatro grandes princípios sobre a natureza do conforto holístico. Então, os autores referem que o conforto é geralmente específico de um estado, por exemplo se a pessoa está feliz ou triste assim ela está mais ou menos confortável, o conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo; referem ainda que qualquer intervenção holística de enfermagem aplicada de forma consistente, que seja eficaz, aumenta o conforto ao longo do tempo; e por último, sendo o conforto total o resultado do conforto holístico, o conforto total é maior do que a soma das suas partes (Kolcaba & Steiner, 2000).

Kolcaba define ambiente como as influências externas ao doente, família ou comunidade que possam ser manuseadas pelo enfermeiro para maximizar o conforto (Dowd, 2004). As unidades de cuidados intensivos possuem um ambiente altamente agressivo pelo que devem os enfermeiros identificar as necessidades de conforto do seu doente, planejar e executar medidas que lhe promovam o máximo conforto (Faria *et al*, 2018). Em ambiente de cuidados intensivos as necessidades de conforto mais mencionadas pelos doentes foram “a dor, a ansiedade, o medo, a frustração, a perda de autonomia, a ventilação mecânica e a visita de familiares e amigos” (Faria *et al*, 2018, p.499).

Na perspetiva do enfermeiro especialista em EMC-PSC o conforto da pessoa é seu objetivo quando “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar” (OE, 2018, p.19363) através de medidas farmacológicas no combate à dor, gerindo de forma competente situações de sedo-analgésia, mas também na demonstração de competências na utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor, proporcionando conforto do tipo alívio. Também no que se refere à comunicação interpessoal o enfermeiro especialista em EMC-PSC desempenha um papel importante. Sendo a ansiedade, o medo e a frustração, necessidades de conforto manifestadas pelos doentes em UCI (Faria *et al*, 2018) deve o enfermeiro especialista em EMC-PSC “adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa” (OE, 2018, p.19363) demonstrando “conhecimento sobre a gestão da ansiedade e do medo vivido pela pessoa/família” (OE, 2018, p.19363), proporcionando nesta situação conforto do tipo tranquilidade. Também no momento do «fim de vida» tem enfermeiro especialista em EMC-PSC o dever de proporcionar “habilidades facilitadoras da «dignificação da morte» e dos processos de luto” (OE, 2018, p.19363). As necessidades de conforto nesta fase prendem-se muitas vezes com a procura de um ambiente calmo, com paz de

espírito que possa favorecer a resolução de conflitos que possam estar pendentes para a pessoa ou para a família (Novak *et al*,2001).

Segundo Apóstolo, manter a pessoa confortável não se restringe a mantê-la na cama, quente e bem posicionada, é estar vigilante para manifestações de desconforto e “providenciar alívio do sofrimento” (Apóstolo, 2007, p.31).

Neste sentido deve o enfermeiro especialista em EMC-PSC mobilizar todo o seu “conhecimento e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018, p.19363) às necessidades de conforto manifestadas pela PSC.

### 3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A metodologia de projeto é baseada “numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias eficazes para a sua resolução” (Ruivo *et al*, 2010, p.2). Esta metodologia deve ser realizável com os recursos disponíveis. Pode ser vista como uma estratégia para a melhoria dos cuidados em saúde (Ruivo *et al*, 2010).

A metodologia de projeto é composta por 5 etapas: diagnóstico da situação; definição de objetivos; planeamento; execução; avaliação e divulgação de resultados, que a seguir são descritas (Ruivo *et al*, 2010).

#### 3.1. Enquadramento Teórico- Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão na Pessoa em Situação Crítica

Em pleno século XXI as UPP continuam a ser um importante problema de saúde que afeta todos os doentes em todos os níveis de cuidados, e com particular relevância nas UCI (Garcia-Fernandez *et al*, 2013). Segundo um estudo de prevalência, que decorreu em 1117 UCI em 90 países, envolvendo 13254 doentes adultos é identificada uma taxa de prevalência de UPP adquiridas em UCI de 16,2% (Labeau *et al*, 2021). De referir ainda, que as UPP impactam na qualidade de vida das pessoas, aumentam a prevalência de infeções, condicionam internamentos mais longos obrigando a um maior número de readmissões, o que representa um maior consumo de recursos para os sistemas de saúde (DGS, 2011; Ministério da Saúde, 2015). Torna-se então importante que se aposte na prevenção, ainda mais que cerca de 95% das UPP podiam ter sido evitadas. Assim, o primeiro passo para a prevenção é a avaliação do risco, com o objetivo de identificar os doentes que necessitam de atenção especial e qual o fator que os coloca em maior risco (Garcia-Fernandez *et al*, 2013; DGS, 2011; Ministério da Saúde, 2015).

A ocorrência de UPP é considerada uma ameaça à segurança dos doentes, razão pela qual o Plano Nacional de Segurança do Doente 2015/2020, no seu objetivo estratégico número 7 visa “Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão”( Ministério da Saúde, 2015, p.3882(8)), delineando ações e metas a atingir para todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2015). A prevenção de UPP é um desafio para todas as unidades de saúde e em qualquer nível de cuidados, pois requer uma abordagem multidisciplinar e individualizada ao(s) fator(s) de risco de cada doente (Ministério da Saúde, 2015).

Doentes internados em UCI apresentam um aumentado risco de desenvolver UPP devido aos fatores de risco envolvidos, como a mobilidade limitada, a utilização de técnicas de suporte de órgão (substituição renal ou ventilação mecânica), a nutrição inadequada, a utilização de dispositivos médicos e a utilização de terapêuticas vasoativas e sedativas (Labeau *et al*, 2021; Cooper, 2013). Na sua revisão, Serrano *et al* (2017) referem também, que os fatores de risco de desenvolvimento de UPP mais frequentes são a idade; o tempo de permanência nas UCI e o tempo de permanência com pressão arterial média <60 - 70mmHg.

Segundo orientação da DGS, a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP deve ser realizada em todos os contextos clínicos e em todos os doentes, independentemente das suas necessidades de cuidados, nas primeiras 6 horas após a admissão (DGS, 2011). Esta orientação refere ainda que esta avaliação deve ser realizada através da Escala de Braden e do instrumento de avaliação da pele, no caso dos cuidados intensivos, esta deve ser aplicada a cada 24h (DGS, 2011).

Zhang *et al* (2021) analisou, através de uma revisão sistemática da literatura vários instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de UPP nos doentes em UCI. No seu estudo verificou que apesar da Escala de Braden ser a mais utilizada em hospitais, não é a melhor ferramenta de avaliação do risco no doente crítico pois apresenta moderada precisão diagnóstica (Zhang *et al*, 2021). Recomenda então a mesma autora, que a ser utilizada a escala de Braden deve sofrer adaptações para esta população de doentes (Zhang *et al*, 2021). Refere ainda que a Escala Revista C&J tem uma boa precisão diagnóstica mas baixa qualidade de evidência pelo que recomenda a realização de mais investigação (Zhang *et al*, 2021).

Segundo Sousa (2013), que conduziu um estudo de comparação da escala de Braden com a Escala Revista C&J e a Escala Sunderland concluiu que a Escala Revista C&J conseguiu melhores valores preditivos globais de desenvolvimento de UPP em doentes de cuidados intensivos, pelo que deve ser a escolha de eleição nestes serviços.

Também Kim *et al* (2013) referem que a utilização de Escala Revista C&J seria mais adequada para o doente crítico do que a Escala de Braden pela sua especificidade para esta população de doentes.

### 3.1.1. Conceito e Classificação das Úlceras por pressão

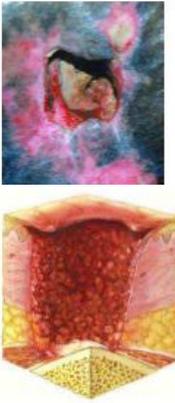
Segundo a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* [NPUAP] *et al*, uma UPP ou lesão por pressão [LPP] é definida como “uma lesão localizada, da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.” (2014, p.13)

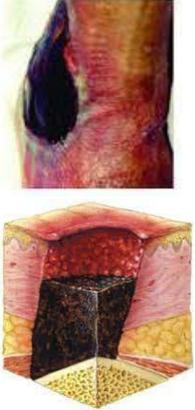
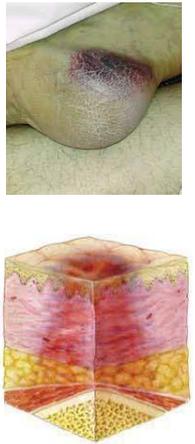
As UPP são classificadas em quatro estágios ou categorias que são apresentadas de forma mais detalha tabela 1. São ainda apresentadas na mesma tabela dois tipos de lesões não classificáveis (*European Pressure Ulcer Advisory Panel* [EPUAP] *et al*, 2019)

Tabela 1- Classificação das UPP

Grau/Categorias	Descrição	Imagem
1- Eritema não branqueável em pele intacta	Pele intacta com eritema não branqueável numa área localizada, o qual pode ter outro aspeto em pele de pigmentação mais escura. . A presença de eritema branqueável ou alterações na sensibilidade, temperatura, ou turgor pode anteceder alterações visuais. Alterações na cor não incluem descoloração arroxeada ou acastanhada. Estas podem indicar úlcera dos tecidos profundos.	 NPUAP <i>et al</i> , 2014

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson

<p>2- Perda parcial da espessura da pele com exposição da derme</p>	<p>Perda parcial da espessura da derme. O leito da ferida é viável, rosado ou vermelho, húmido e pode igualmente apresentar-se intacto ou com bolha serosa reventada. Não é visível tecido adiposo e/ou tecidos profundos. Sem presença de tecido de granulação, crosta ou tecido necrótico e escara. Estas úlceras são frequentemente o resultado de microclima adverso e lesões da pele na área pélvica e calcanhar. Esta categoria/grau não deve ser utilizada para descrever danos provocados por excesso de humidade, incluindo dermatite associada a incontinência, dermatite em áreas intertriginosas, lesões da pele relacionadas com adesivos médicos ou lesões traumáticas (fissuras da pele, queimaduras e abrasões).</p>	 <p style="text-align: right; font-size: small;">NPUPAP, et al, 2014)</p>
<p>3- Perda total da espessura da pele</p>	<p>Perda total da espessura da pele, na qual o tecido adiposo é visível na úlcera e onde se verifica tecido de granulação e contração dos bordos da ferida ("epibole"). Tecido necrótico ou escara podem ser visíveis. A profundidade dos tecidos danificados varia consoante a localização anatómica; áreas com bastante adiposidade podem desenvolver úlceras profundas. Pode existir tunelização/cavitação. Fáscia, tendão, músculo, ligamento, cartilagem e/ou osso não estão expostos. Se existir tecido necrótico ou escara, trata-se de uma úlcera que não se pode categorizar/graduar/classificar.</p>	 <p style="text-align: right; font-size: small;">NPUPAP et al, 2014)</p>
<p>4-Perda total da espessura dos tecidos</p>	<p>Perda total da espessura da pele e dos tecidos, com fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso visível ou diretamente palpável na úlcera. Tecido necrótico ou escara podem estar presentes. Verifica-se frequentemente retração das bordas da ferida ("epibole") tunelização/cavitação. A profundidade varia consoante a localização anatómica. Se existir tecido necrótico ou a ocultar a extensão/profundidade, trata-se de uma úlcera que não se pode categorizar/graduar/classificar.</p>	 <p style="text-align: right; font-size: small;">NPUPAP et al, 2014)</p>

<p>Úlceras Inclassificáveis: Perda total da espessura da pele e dos tecidos, ocultada por tecido necrótico</p>	<p>Perda total da espessura da pele e dos tecidos, em que não é possível identificar a extensão dos danos, devido à presença de tecido necrótico ou escara. Após desbridamento, será possível confirmar tipologia da úlcera, grau 3 ou 4. No calcâneo ou membro isquémico, a necrose/escara estável (isto é, seca, intacta e sem eritema ou flutuação), não deve ser suavizada ou removida</p>	 <p style="text-align: right; font-size: small;">(NPUAP, 2014)</p>
<p>Lesão por pressão nos Tecidos profundos: eritema não-branqueável persistente, com coloração avermelhada, acastanhada ou púrpura</p>	<p>Pele intacta, ou não, com área localizada não-branqueável persistente, com coloração avermelhada, acastanhada ou púrpura ou separação epidérmica, revelando um leito da ferida escuro ou flictena preenchida com sangue. Alteração na dor e temperatura normalmente antecedem alterações na cor da pele, as quais podem apresentar aspeto diferente em pessoas de pele mais escura. Resulta de pressão e/ou cisalhamento intensos na interface osso/músculo. Pode evoluir rapidamente e revelar a verdadeira extensão dos danos ou pode melhorar sem perda da espessura dos tecidos. Caso sejam visíveis tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas, isso indica perda total da espessura da pele e dos tecidos (úlceras inclassificáveis, categoria 3 ou 4). Não utilizar Lesão por pressão nos tecidos profundos para descrever condições/situações vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.</p>	 <p style="text-align: right; font-size: small;">(NPUAP, 2014)</p>

Fonte: Adaptado de EPUAP (2019, p.29-31)

### 3.1.2. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Úlceras por pressão

Para compreender a etiologia das UPP e, potencialmente, melhorar a sua gestão e prevenção, os profissionais de saúde devem ser capazes de reconhecer os mecanismos de desenvolvimento de UPP, assim como os fatores de risco aos quais a pessoa está sujeita. As UPP formam-se a partir da pele íntegra que por ação de alguns mecanismos se torna desvitalizada (Ferreira *et al*, 2007).

A etiologia das UPP é complexa, com fatores intrínsecos e extrínsecos (Tabela 2) que contribuem para o aparecimento e desenvolvimento de uma UPP.

Tabela 2- Principais fatores de risco das UPP

Fatores Extrínsecos	Fatores Intrínsecos
✧ Pressão	✧ Idade
✧ Fricção	✧ Insuficiência vasomotora e pressão arterial baixa
✧ Forças de deslizamento	✧ Imobilidade
✧ Superfícies de apoio	✧ Diabetes
✧ Humidade	✧ Desnutrição/Desidratação
✧ Perfumes, agentes de limpeza, etc	✧ Vasoconstricção periférica e alterações endoteliais
✧ Medicação	✧ Condição física

Fonte: Adaptado de Ferreira *et al*, 2007, p.7

Sabe-se que a pressão não aliviada é fator importante para o aparecimento de UPP, provocando encerramento dos vasos resultando em morte celular (Ferreira *et al*, 2007). Também a fricção e as forças de deslizamento provocam alterações a nível da microcirculação, provocando em ultima análise oclusão dos vasos, potenciando a necrose dos tecidos (Ferreira *et al*, 2007). A humidade e a utilização de produtos irritantes para a pele fragilizam-na, expondo a pele às forças de deslizamento(Ferreira *et al*, 2007). A utilização de medicação sedativa e corticóide também influencia o aparecimento de UPP, pois diminuem a mobilidade da pessoa e as suas defesas corporais (Ferreira *et al*, 2007).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP mais frequentemente identificados em doentes internados em UCI foram (Serrano *et al*, 2017): a idade aumentada, pela diminuição da

mobilidade e aumento das doenças cardiovasculares e neurológicas (Ferreira *et al*, 2007); a presença de Diabetes *Mellitus*, que aumenta a possibilidade de necrose pela ficção (Ferreira *et al*, 2007); o tempo de permanência com uma pressão arterial média <60-70 mmHg, que é correlacionado com o aparecimento de eritemas não branqueáveis (Ferreira *et al*, 2007); a ventilação mecânica ou a utilização de técnica dialítica contínua ou intermitente ou ainda a utilização de medicamentos vasoativos ou sedativos, por diminuïrem a mobilidade da pessoa e aumentarem a exposição à pressão, fricção e forças de deslizamento (Ferreira *et al*, 2007) e a incontinência fecal e urinária, fragilizando a pele diminuindo a sua tolerância às agressões (Ferreira *et al*, 2007).

### 3.1.3. Avaliação do Risco

Vários são os estudos que apontam a importância do investimento na avaliação de risco de UPP em UCI e na busca de um instrumento que seja o mais sensível e específico possível, para esta população de doentes (Higgins *et al*, 2020; Adibelli & Korkmaz, 2019; Delawder *et al*, 2021). De referir ainda que esta avaliação do risco de desenvolvimento de UPP na PSC não se deve limitar apenas aos parâmetros da ferramenta de avaliação do risco, mas sim, relacionar cada parâmetro com a sua influência na pontuação total do instrumento, implementando medidas específicas em cada um (Higgins *et al*, 2020).

#### Escala de Braden

A Escala de Braden foi desenvolvida, por Bárbara Braden em 1984 com objetivo de criar uma ferramenta para prever o risco de UPP. Em 1987, juntamente com Nancy Bergstrom e outros colegas a escala foi testada em vários ambientes e os resultados foram publicados no mesmo ano (Bergstrom *et al*, 1987). Esta escala é composta por seis subescalas que avaliam as seguintes dimensões: percepção sensorial; humidade; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e forças de deslizamento (Tabela 3). A cada subescala é atribuída uma pontuação que varia de 1 a 4, sendo que o somatório das 6 dimensões pode variar entre 6 e 23, considerando existência de dois níveis de risco: alto risco com valor final  $\leq 16$  e baixo risco com valor final  $\geq 17$  (DGS, 2011). A DGS (2011) recomenda

## Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson

a análise individual de cada subescala com o objetivo de intervir de forma preventiva em cada fator de risco. Considera ainda a mesma entidade que “ o juízo clínico do profissional deve fazer sempre parte desta avaliação” (DGS, 2011, p.7).

Tabela 3-Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____	Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____	Cama: _____	Idade: _____		
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de percepção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se mexe nem se agita e não) devido a um nível reduzido de consciência ou a sedação. OU capacidade limitada de sentir e dar na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: (Obedece a instruções verbais. Não apresenta dificuldade sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudores, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha geralmente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Tem a maior parte das turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alisar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitado: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas próprias.	3. ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactícos). OU Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU está em jejum ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Possivelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactícos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recebe menos do que a quantidade total de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactícos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactícos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
<b>Fricção e forças de deslizeamento</b>	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Especialidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoio ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total

Fonte: DGS, 2011, p.4

### Escala Revista Cubbin&Jackson

A Escala C&J foi desenvolvida, com base na Escala de Norton, por 2 enfermeiras de cuidados intensivos, Beverly Cubbin e Christine Jackson, em 1991. Foi revista em 1999, por Christine Jackson publicando nesta data a Escala Revista C&J. O objetivo comum destas enfermeiras foi procurar uma ferramenta suficientemente detalhada, mas ao mesmo tempo rápida e simples de aplicar a doentes críticos (Jackson, 1999). Foi traduzida e validada para português por Sousa (2013) (Tabela 4) e avalia 12 dimensões: idade; peso; antecedentes pessoais; pele; estado de consciência; mobilidade; estado

## Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson

hemodinâmico; respiração; necessidade de oxigênio; nutrição; incontinência e higiene. A cada item é atribuído uma pontuação que varia de 1 a 4 sendo que o somatório das 12 dimensões varia entre 12 e 48, considerando existência de dois níveis de risco: alto risco com valor final  $\leq 29$  e baixo risco com valor final  $> 29$ . Deve ainda, deduzir-se 1 ponto à pontuação total sempre que: o doente se ausente da unidade para realização de exames complementares de diagnóstico ou para cirurgia; sempre que o doente se encontra em hipotermia ou sempre que o doente tenha necessidade de transfusões de hemoderivados (Sousa, 2013).

Tabela 4- Escala Revista C&J traduzida para Português

Idade	Peso	Antecedentes Pessoais	Pele	Estado de Consciência	Mobilidade
<40	4	Normal	4	Nenhum	4
40-55	3	Obesidade	3	Moderados	3
55-70	2	Caquexia	2	Graves	2
>70	1	Qualquer dos itens acima+ Edema/ Anasarca	1	Muito Graves	1

Estado Hemodinâmico	Respiração	Necessidades de Oxigênio	Nutrição	Incontinência	Higiene
Estável sem suporte de inotrópicos	4	Espontânea	4	O <sub>2</sub> <40% Estável à mobilização	4
Estável com suporte de inotrópicos	3	CPAP/ Tubo em T	3	40%-O <sub>2</sub> <50% Estável à mobilização	3
Instável sem suporte de inotrópicos	2	Ventilação Mecânica	2	40%-O <sub>2</sub> <60% Gasimetria estável. Dessatura à mobilização	2
Instável com suporte de inotrópicos	1	Exaustão Respiratória	1	>60% O <sub>2</sub> Gasimetria instável. Dessatura em repouso.	1

Classificação dos Antecedentes Pessoais	4	3	2	1
Nenhum	Nenhum	Nenhum	Moderada	Graves
Alterações cutâneas que afetem áreas susceptíveis à pressão				
Corticóides; Artrite Reumatóide; DM tipo 2; Doenças auto-imunes; DPOC; Doenças que limitem a mobilidade; Insuficiência cardíaca congestiva				
Doenças vascular periférica; DM tipo 1; Síndrome compartimental; Pessoa caída no domicílio previamente à admissão.				

Reduz-se 1 ponto: Doente operado nas últimas 48h; Se necessita de hemoderivados; Se em hipotermia.

Fonte: Sousa, 2013

### 3.2. Diagnóstico da Situação

O diagnóstico da situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e tem com objetivo principal a conceção de “um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada” (Ruivo *et al*, 2010, p.10) na qual se pretende atuar. O processo de diagnóstico de situação é um processo

dinâmico, flexível e contínuo para que seja possível introduzir atualizações sempre que se verifique necessidade (Ruivo *et al*, 2010, p.10). Segundo Pineault e Daveluy (1987) o diagnóstico da situação pode ser conseguido de três formas: ou pela análise de dados sócio demográficos/ indicadores dos serviços de saúde; pela aplicação de questionários ou pelo consenso de um grupo de pessoas conhecedoras da realidade.

Neste sentido e após o início do estágio final na UCIP1, constatou-se que a existência de UPP nos doentes aí internados era uma constante e a dificuldade em efetuar alívio de pressão esteve sempre muito presente devido, quer à instabilidade hemodinâmica quer à necessidade de posicionamento específico, como seja a cabeceira elevada ou a posição ventral durante muitas horas. Estes dados foram observados no decorrer da nossa prática, não existindo nenhum estudo de prevalência publicado na *intranet* da instituição nem do conhecimento do serviço. Então, após reflexão com a Enfermeira Supervisora Clínica e alguma pesquisa, emergiu o tema a avaliação do risco de UPP no doente crítico e as diferentes escalas de avaliação do risco. Após uma reunião informal com a Enfermeira Gestora do serviço e com outros elementos da equipa de enfermagem ficou acordado a aplicação de uma segunda escala de avaliação do risco desenvolvida para o doente crítico e perceber qual nos fornecia melhor informação. O diagnóstico da situação foi realizado pela busca do consenso de entre aqueles que conhecem o problema e identificam a necessidade de intervenção com objetivo da melhoria da qualidade (Pineault & Daveluy, 1987).

De encontro ao contextualizado no ponto 3.1, as UPP são um importante problema de saúde para todos os doentes em todos os níveis de cuidados, incluindo também as UCI, daí a importância de perceber quais os doentes que apresentam um maior risco para o desenvolvimento de UPP aplicando as escalas de avaliação do risco que melhor os identifiquem.

A Escala de Braden era já aplicada no serviço e implementada a nível nacional pela DGS(2011), a Escala Revista C&J foi a escolhida para a comparação por haver referencia em vários estudos que apresentava maior especificidade para o doente crítico (Sousa, 2013; Higgins *et al*, 2020; Adibelli & Korkmaz, 2019; Delawder *et al*, 2021). Os enfermeiros da equipa já a conheciam por ter decorrido, no serviço, um estudo semelhante, mas que não foi concluído. A Escala Revista C&J também estava já disponível na aplicação informática em utilização no serviço.

### 3.3. Definição de Objetivos

Depois de identificar e delimitar o problema é necessário formular objetivos, pois ajudam a entender que resultados que queremos alcançar assumindo-se “ como representações antecipadas centradas na ação a realizar” (Ruivo *et al*, 2010, p.18). Na definição de objetivos deve ter-se em conta o seu nível de enquadramento, podendo estes ser gerais, descrevendo os resultados esperados, e específicos servindo como indicadores a atingir ao longo do processo (Ruivo *et al*, 2010).

Definir objetivos de forma rigorosa evita problemas no momento da avaliação e permite “orientar para os esforços necessários e meios disponibilizados para que sejam alcançados” (Ruivo *et al*, 2010, p.19).

O objetivo geral delineado para este projeto de intervenção foi:

- ✓ Propor a aplicação da Escala Revista C&J na UCIP 1.

Os objetivos específicos foram:

- ✓ Analisar a relevância da aplicação da Escala Revista C&J na UCIP 1 como preditiva do desenvolvimento de UPP.
- ✓ Comparar os resultados obtidos em termos de previsibilidades de ocorrência de UPP de ambas as escalas.
- ✓ Analisar a relevância das intervenções de enfermagem preconizadas para o mesmo grau de risco em ambas as escalas.

### 3.4. Planeamento

O Planeamento é a terceira fase de Metodologia de Projeto, sendo então definidas as atividades a desenvolver assim como o levantamento dos recursos existentes e as limitações, visando a concretização dos objetivos previamente definidos (Ruivo *et al*, 2010).

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson

Assim, foi definido o cronograma inicial do projeto com a calendarização das atividades a desenvolver para atingir os objetivos delineados anteriormente (Tabela 5).

Tabela 5- Cronograma inicial do projeto de intervenção

Atividades	Meses	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Elaboração dos pedidos de autorização		X				
Pesquisa bibliográfica		X	X			
Aplicação da escala de Braden e da escala revista C&J na UCIP			X			
Recolha de dados nos processos dos doentes			X	X		
Análise dos resultados obtidos				X		
Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem da UCIP					X	
Avaliação do projeto					X	
Elaboração de proposta de aplicação da escala revista C&J na UCIP						X

Fonte: o próprio

Após apreciação e validação da Enfermeira Supervisora Clínica, da Enfermeira Gestora e Diretor de serviço da UCIP 1 assim como do Docente Orientador e tendo em conta os procedimentos institucionais para trabalhos académicos, submeteu-se ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento [CFIC] do CHUA o projeto de intervenção profissional (Apêndice 1). A referida submissão obteve parecer positivo pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética do CHUA (Anexo 1).

Em relação aos recursos materiais e humanos utilizados para a implementação deste projeto de intervenção prenderam-se essencialmente com o tempo dispensado pelos enfermeiros para a

aplicação da escala C&J durante o mês de abril e com os recursos despendidos para da sessão formativa de apresentação de resultados à equipa de enfermagem da UCIP 1. De forma resumida:

- ✓ Recursos humanos- Enfermeira Gestora, Enfermeira Supervisora Clínica, Equipa de enfermagem da UCIP 1
- ✓ Recursos materiais- Espaço físico (Sala de formação da UCIP 1), bases de dados científicas, computador, apresentação *Power Point* (Apêndice 2).

### 3.5. Execução

A fase de execução da metodologia de projeto “materializa a realização, colocando em prática tudo e que foi planeado” (Ruivo *et al*, 2010). É uma fase que se reveste de grande importância pois “possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas” (Ruivo *et al*, 2010, p.23).

Aqui deve reunir-se tudo o que possa contribuir para a resolução do problema, para que a informação seja tratada e se possa preparar “ a ação a desenvolver, tendo como finalidade a resolução do problema levantado” (Ruivo *et al*, 2010, p.23).

Neste sentido, a Escala de Braden e a Escala Revista C&J foram aplicadas na UCIP 1 e UCIP Covid, de 01 a 30 de abril de 2021. Ambas as escalas foram aplicadas diariamente pelo enfermeiro responsável de cada doente, procedimento agendado para as 11 horas do turno da manhã. As intervenções de enfermagem aplicadas a cada doente tiveram em conta os resultados da Escala de Braden independentemente dos valores obtidos na Escala Revista C&J.

Os doentes incluídos neste estudo obedeceram aos seguintes critérios:

- ✧ Ter > 18 anos;
- ✧ Não apresentar UPP na admissão;
- ✧ Ter um internamento > 24h.

Foram ainda excluídos quatro doentes por não terem sido realizados quaisquer registos numa ou noutra escala, conseguindo assim uma amostra de 28 doentes.

Foram analisados quatro momentos de aplicação das escalas: o 1º, 5º, 10º e 15º dias indo de encontro ao estudo de Ribeiro (2020), que analisou os 1º, 5º e 10º dias e levando em consideração as limitações referidas por outros autores que só analisaram um momento de avaliação (Sousa, 2013; Higgins *et al*, 2020; Adibelli & Korkmaz, 2019; Delawder *et al*, 2021)

Após a recolha dos dados através da aplicação informática *B Simple*®, estes foram analisados com recurso ao programa *SPSS Statistics 26*®.

Numa primeira fase fez-se uma caracterização da amostra quanto à idade e ao género. Em seguida percebeu-se qual o diagnóstico de internamento e média de dias de internamento, a prevalência de UPP no período de referência assim como a categoria dessa UPP e o seu dia de aparecimento.

Foram analisados os resultados da Escala de Braden e da Escala C&J nos quatro momentos de avaliação (1º, 5º, 10º e 15º dias) tendo sido realizada uma análise de medidas de tendência central, levando em consideração os pontos de corte existentes para o efeito.

Em seguida foi efetuada uma análise da capacidade preditiva de cada uma das escalas, calculando os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo [VPP] e valor preditivo negativo [VPN] realizando uma comparação entre a Escala de Braden e a Escala C&J, fazendo um paralelismo com o encontrado na literatura.

A média de idade dos doentes foi de 59,7 anos com o mínimo de 23 e o máximo de 85 anos. Quanto ao género a amostra caracteriza-se por 54% (15) de masculinos e 46% (13) do sexo feminino. Relativamente ao motivo de internamento destaca-se a infeção associada ao Covid 19 com 46% dos doentes, como se observa na tabela 6, sendo que a média de dias de internamento situa-se nos 7,9 dias.

Tabela 6- Diagnóstico de internamento na UCIP de 1 a 30 de abril de 2021

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
BAV 3º grau	1	3,6%	3,6%
Choque	2	7,2%	7,1%
Covid 19, confirmado por teste laboratorial	13	46,4%	57,1%
Hemorragia /neoplasia cerebral	3	10,8%	60,7%
Insuficiência respiratória aguda de outras causas	1	3,6%	67,9%
Paragem Cardíaca	1	3,6%	75,0%
Pielonefrite	1	3,6%	78,6%
Pneumonia	3	10,8%	82,1%
Politraumatizado com TCE	3	10,8%	92,9%
Vigilância Pós-Operatória	1	3,6%	100,0%
Total	28	100,0%	

Fonte: O próprio

Na amostra dos 28 doentes, foi identificado o aparecimento de três UPP, comprovando assim uma taxa de prevalência de 10,7% (Tabela 7) mais baixa que a taxa de prevalência identificada por Labeau *et al* (2021) que se situou nos 16,2%. Das UPP identificadas, duas foram classificadas como categoria/estágio 1, localizada no nariz e associadas a dispositivos médicos, a terceira foi classificada como categoria/estágio 2 localizada na zona sacrococcigea. De referir ainda que as UPP foram identificadas ao 5º, 11º e 15º dias de internamento.

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson

Tabela 7- Taxa de prevalência de UPP na UCIP de 1 a 30 de abril de 2021

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Ausência de Úlceras por pressão	25	89,3%	89,3%
Presença de Úlceras por pressão	3	10,7%	100,0%
Total	28	100,0%	

Fonte: O próprio

Na tabela 8, apresentam-se os resultados obtidos para a Escala de Braden nos quatro momentos em avaliação (1º, 5º, 10º e 15º dia). Considerando o ponto de corte de 16 definido pela DGS (2011) podemos observar que em média todos os doentes, nos quatro momentos de avaliação, são classificados com alto risco de desenvolvimento de UPP.

Tabela 8- Média, Mínimo e Máximo para os valores da Escala de Braden para o 1º, 5º, 10º e 15º dia

	N	Mínimo	Máximo	Média
Valor da Escala de Braden 1º dia	28	8	21	13,57
Valor da Escala de Braden 5º dia	19	7	20	13,84
Valor da Escala de Braden 10º dia	12	6	15	11,17
Valor da Escala de Braden 15º dia	6	6	14	10,67

Fonte: O próprio

Na tabela 9 são apresentados os dados relativos aos resultados obtidos nos quatro momentos em avaliação para a Escala Revista C&J. Considerando o ponto de corte de 29 definido por Sousa (2013), podemos observar que em média, no 1º e 5º dia os doentes são avaliados como baixo risco, já no 10º e 15º dia são avaliados com alto risco de desenvolvimento de UPP.

Tabela 9- Média, Mínimo e Máximo para os valores da escala Revista C&J para o 1º, 5º, 10º e 15º dia

		<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>
Valor da Escala Revista Cubbin&Jakson	1ºdia	21	22	38	31,10
Valor da Escala Revista Cubbin&Jakson	5ºdia	19	20	40	32,11
Valor da Escala Revista Cubbin&Jakson	10ºdia	9	21	35	27,11
Valor da Escala Revista Cubbin&Jakson	15ºdia	6	19	37	28,33

Fonte: O próprio

A sensibilidade de uma escala é definida como a capacidade do teste para identificar uma pessoa doente quando ela está realmente doente, já a especificidades consiste na capacidade que o teste apresenta em identificar corretamente uma pessoa saudável quando ela é mesmo saudável (Fawcett, 2005).

Estas medidas são calculadas pelas seguintes equações:

$$\text{Sensibilidade} = \frac{\text{Verdadeiros positivo} + \text{Falsos negativo}}{\text{Verdadeiros positivos}}$$

$$\text{Especificidade} = \frac{\text{Verdadeiros negativos} + \text{Falsos positivos}}{\text{Verdadeiros negativos}}$$

Assim, considera-se que um teste é sensível quando dificilmente deixa escapar uma pessoa doente, por outro lado, o teste é considerado específico quando identifica uma pessoa saudável que não o seja (Fawcett, 2005).

Em relação ao VPP é definido como a capacidade de um teste apontar os verdadeiramente doentes de entre todos com teste positivo, por outro lado o Valor VPN consiste na capacidade de um teste identificar os verdadeiros saudáveis entre todos com o teste negativo (Bonita *et al*, 2010).

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson

Estas medidas são calculadas pelas seguintes equações:

$$VPP = \frac{\text{Verdadeiros positivos}}{\text{Verdadeiros positivos} + \text{Falsos Negativos}}$$

$$VPN = \frac{\text{Verdadeiros negativos}}{\text{Verdadeiros negativos} + \text{Falsos positivos}}$$

Então, pela análise da Tabela 10 podemos perceber que em relação à sensibilidade, a Escala de Braden apresenta melhores resultados do que a Escala Revista C&J, indo de encontro aos resultados encontrados por Sousa, 2013; Higgins *et al*, 2020; Adibelli e Korkmaz, 2019; Delawder *et al*, 2021.

Tabela 10- Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo para a Escala de Braden e a Escala Revista C&J

		Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Escala de Braden 1ªdia	n=28	0%	75%	0%	100%
Escala de Braden 5ªdia	n=18	100%	27%	7,1%	100%
Escala de Braden 10ªdia	n=12	100%	0%	8,1%	0%
Escala de Braden 15ªdia	n=6	100%	0%	16%	0%
Média da Escala de Braden (4 momentos de avaliação)		75%	25,5%	7,8%	50%
Escala Revista C&J 1ªdia	n=22	0%	63%	0%	100%
Escala Revista C&J 5ªdia	n=19	0%	83%	0%	93%
Escala Revista C&J 10ªdia	n=9	0%	44%	0%	100%
Escala Revista C&J 15ªdia	n=6	100%	44%	25%	100%
Média da Escala Revista C&J (4 momentos de avaliação)		25%	58,5%	6,25%	98,25%

Fonte: O próprio

No que se refere à especificidade, e de encontro aos resultados encontrados pelos mesmos autores, a Escala Revista C&J conseguiu melhores resultados do que a Escala de Braden. Concluímos então, que a Escala de Braden revela mais capacidade para identificar os verdadeiros positivos de entre todos os doentes com UPP, já a Escala Revista C&J revela maior capacidade de identificar os verdadeiros negativos de entre todos os doentes sem UPP.

A Escala Revista C&J demonstra boa capacidade preditiva (positiva e negativa) para doentes em UCI o que parece ser útil para esta população de doentes (Higgins *et al*, 2020; Adibelli & Korkmaz, 2019; Delawder *et al*, 2021), tal como conclui Sousa (2013), no entanto no nosso estudo o VPP é muito baixo em ambas as escala, já no VPN a Escala Revista C&J ganha à Escala de Braden com valores médios de 100% para 50% respetivamente.

Assim, importa saber que a Escala de Braden é a mais utilizada nos hospitais (onde se inclui as UCI). Esta apresenta uma alta sensibilidade para a previsão de UPP, no entanto apresenta baixa especificidade para o doente crítico (Higgins *et al*, 2020; Adibelli & Korkmaz, 2019). Adibelli e Korkmaz (2019) referem que a escala de Braden não avalia todos os fatores de risco a que os doentes estão expostos numa UCI, pelo que os enfermeiros que a utilizam devem ter isso em consideração na avaliação dos seus doentes. Higgins *et al* (2020) e Adibelli e Korkmaz (2019) referem também que a escala de Braden superestima o risco, podendo levar à prestação de cuidados desnecessários ou utilização de equipamentos, também eles desnecessários, confirmando o relatado por Kosmidis e Koutsouki (2008) na sua investigação e corroborando também o nosso estudo em que, em média todos os doentes foram classificados com alto risco de desenvolver UPP.

Higgins *et al* (2020) refere que a Escala Revista C&J é útil para avaliação do risco de UPP no doente crítico cirúrgico e traumatológico mas, apesar de fazer uma avaliação tendo em conta grande parte dos fatores de risco, não considera nestes doentes, a utilização de imobilizações relacionadas com fraturas ou outro dispositivos de fixação assim como o tempo prolongado sem mobilização.

Alguns autores (Higgins *et al*, 2020; Adibelli & Korkmaz, 2019; Delawder *et al*, 2021) concluem que ambas as escalas são confiáveis para a avaliação do risco de UPP no doente crítico mas a Escala Revista C&J foi melhor pela sua especificidade, tal como sugere Kosmidise e Koutsouki (2008) no seu estudo, acrescentando que o ponto de corte da escala deve ser adaptado ao grupo de doentes

avaliados. Também em concordância, Kim *et al* (2013) refere que ajudaria os enfermeiros a planejar cuidados preventivos mais eficazes. Permite ainda identificar quais os doentes que efetivamente estão em maior risco e que, mais cuidados de enfermagem necessitam, levando a uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Sousa, 2013).

No entanto, Delawder *et al* (2021) refere que como a escala de Braden foi aceite com padrão para avaliação do risco de UPP em todos os contextos, uma mudança na prática clínica pode não trazer benefício para a pessoa em situação crítica.

A utilização de uma ferramenta específica para avaliação do risco de UPP na pessoa em situação crítica, que seja confiável, específica e fácil de aplicar é fundamental, no entanto importa, que seja efetuada uma avaliação sistemática dos doentes tendo sempre em consideração cada fator de risco de desenvolvimento de UPP incidindo neste os cuidados de enfermagem mais apropriados.

Conclui-se que, apesar dos nossos resultados indicarem que a Escala Revista C&J ser mais específica para a pessoa em situação crítica do que a Escala de Braden e a literatura consultada também nos levar na mesma direção, percebemos que o tema carece ainda de mais estudos de investigação que englobem diferentes ambientes de cuidados intensivos para que seja desenvolvida uma ferramenta mais apropriada e sensível para esta população de doentes (Higgins *et al*, 2020, Delawder *et al*, 2021).

### 3.6. Avaliação

A avaliação final de um projeto é sempre um momento de grande importância, pois é aqui que se vai perceber se os objetivos inicialmente delineados foram atingidos. (Ruivo *et al*, 2010). De uma forma genérica a avaliação pressupõe “a recolha de informação para ajudar na tomada de decisão” (Ruivo *et al*, 2010, p.28). Assim, analisamos os objetivos iniciais e verificamos se cada um dele foi atingido.

**Objetivo Específico 1-** Analisar a relevância da aplicação da Escala Revista C&J na UCIP como preditiva do desenvolvimento de UPP.

A análise explanada no ponto 3.1 permitiu concluir que existe uma carência de investigação na temática, pelo que parece ainda, não ser relevante uma mudança na prática clínica. Concluímos também que, independentemente da escala utilizada em cada contexto importa uma análise cuidada de cada fator de risco a que cada doente está exposto. Pelo exposto, consideramos ter atingido o objetivo específico.

**Objetivo Específico 2-** Comparar os resultados obtidos em termos de previsibilidades de ocorrência de UPP de ambas as escalas.

A análise realizada no ponto 3.5 permitiu perceber a capacidade preditiva de ambas as escalas. Pelo exposto, consideramos ter atingido o objetivo específico.

**Objetivo Específico 3-** Analisar a relevância das intervenções de enfermagem preconizadas para o mesmo grau de risco em ambas as escalas.

As intervenções de enfermagem preconizadas pela EPUAP (2019) para a prevenção de UPP apostam em reduzir o efeito dos fatores de risco a que os doentes estão expostos.

A EPUAP(2019) preconiza que a pele da pessoa deve manter-se limpa e seca, devendo realizar-se a sua limpeza imediata após episódios de incontinência e efetuar proteção com produtos barreira, evitando a utilização de sabonetes ou produtos alcalinos, pois estes fragilizam a pele, tornando-a mais propensa ao desenvolvimento de UPP.

Em relação à nutrição, a EPUAP (2019) considera que deve efetuar-se uma avaliação rigorosa a todas as pessoas identificadas com risco nutricional ou com risco de UPP e implementar uma abordagem individualizada, quer através do fornecimento de dieta adequada à pessoa, quer de fornecimento de suplementos hipercalóricos e hiperpróteicos. Para uma pessoa com UPP presente e com risco de desnutrição deve ser fornecido 30 a 35 Kcal/Kg/dia e 1,2 a 1,5 g de proteína /Kg/dia (EPUAP, 2019).

O reposicionamento da pessoa é uma das estratégias para diminuir a pressão nos tecidos. Então a EPUAP(2019) recomenda que o reposicionamento deve ser efetuado de acordo com horário individualizado, tendo em conta o nível de atividade, de mobilidade e a capacidade de auto

reposicionamento da pessoa. Para determinar a frequência do reposicionamento, deve ter-se em consideração a tolerância dos tecidos à pressão, a condição clínica global e objetivo de cuidados, a gestão da dor e o conforto da pessoa. No que se refere à pessoa em situação de instabilidade hemodinâmica, a EPUAP (2019) recomenda reposicionar a pessoa de forma lenta e gradual, ou apenas pequenas mudanças, mas frequentes, dando tempo suficiente para estabilizar a condição hemodinâmica e a oxigenação.

Na prevenção da UPP do calcanhar, estes devem elevar-se recorrendo a dispositivos de suspensão específico ou através de uma almofada, garantindo que a distribuição do peso se faça ao longo da parte posterior da perna, sem colocar pressão no tendão de Aquiles ou veia poplítea. Podem ainda utilizar-se apósitos profiláticos de forma a providenciar alívio da carga no calcanhar (EPUAP, 2019). Dois terços das UPP identificadas no nosso projeto de intervenção foram UPP associadas a dispositivos médicos. Em relação à prevenção deste tipo de UPP, recomenda a EPUAP (2019) que para selecionar um dispositivo deve ter-se em atenção a forma e o tamanho adequado à pessoa, que seja usado segundo as indicações do fabricante e que tenha a capacidade de minimizar o dano na pessoa. Todos os dispositivos devem ser corretamente fixados, devendo manter-se vigilância regular da tensão de fixação e do conforto da pessoa.

Pelo exposto no ponto 3.5 podemos observar que em média todos os doentes, nos quatro momentos de avaliação, são classificados com alto risco de desenvolvimento de UPP pela escala de Braden. Também nos foi possível constatar, durante o estágio final, que independentemente do grau de risco fornecido pela escala de Braden, são aplicados a todos os doentes o mesmo «pacote» de intervenções de enfermagem previsto na aplicação informática em utilização e que são os preconizados para os doentes com uma avaliação com alto risco para o desenvolvimento de UPP. Um dos focos da sessão formativa realizada na UCIP 1 foram as intervenções de enfermagem recomendadas para a prevenção do desenvolvimento de UPP, com respetivo nível de evidência e força de recomendação (EPUAP, 2019). A sessão formativa promoveu reflexão dentro equipa de enfermagem, de forma que fossem analisados os fatores de risco de cada doente e elaborado um plano de cuidados individualizados focando esses mesmos fatores de risco e tendo em consideração as intervenções preconizadas pela EPUAP (2019).

Pelo exposto consideramos ter atingido o objetivo específico.

### 3.7. Divulgação de Resultados

A divulgação dos resultados de um projeto reveste-se de grande importância pois permite “que os clientes tenham conhecimento dos esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados” (Ruivo *et al*, 2010, p.31) garantindo assim o conhecimento externo do projeto. Na área da saúde, pode servir de mote para outros profissionais se envolverem no problema em causa contribuindo com novas estratégias de resolução (Ruivo *et al*, 2010).

Para já, os resultados foram divulgados à equipa de enfermagem da UCIP 1 numa sessão formativa com a duração de uma hora, que decorreu no dia 19/07/2021 presencialmente na UCIP1 (Anexo 2 ) e *Online*, através da plataforma de formação *Teams*. Tivemos o prazer de ter presencialmente a Senhora Enfermeira Gestora do serviço e a Enfermeira Supervisora Clínica, assim como vários enfermeiros da equipa. A sessão formativa incluiu três pontos principais. No primeiro abordamos o conceito, classificação e fatores de risco de UPP, no segundo ponto demos a conhecer os resultados do projeto de intervenção e no último ponto abordamos as intervenções de enfermagem recomendadas para a prevenção do desenvolvimento de UPP (EPUAP, 2019) (Apêndice 3). Foi possível ainda discussão/reflexão sobre o conteúdo da sessão, quer com os enfermeiros presentes em sala, quer com os que nos acompanharam *online*.

#### 4. ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Mestrado em Enfermagem é oferecido por uma associação de cinco instituições do ensino superior, com sete ramos de especialidade, com o objetivo comum de “contribuir para o desenvolvimento da sociedade e para a valorização dos recursos humanos” proporcionando “formação e qualificação de alto nível (...) centrada no desenvolvimento de competências por parte do estudante.” (Universidade de Évora, 2015, p.28)

São objetivos para este ciclo de estudos que os estudantes desenvolvam conhecimento e competência para uma intervenção especializada, demonstrando os mais elevados níveis de julgamento clínico; promovam a melhoria dos cuidados de saúde; adquiram competências na área da governação clínica e liderança e finalmente que contribuam para o desenvolvimento da enfermagem e em especial da enfermagem especializada (Universidade de Évora, 2015).

“Assim, o Mestre em enfermagem:

- 1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5- Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Universidade de Évora, 2015, p.27)

Segundo Benner “a aquisição de competência baseada na experiência é mais rápida e mais segura quando se apoia numa base educacional e de confiança” (Brykczynski, 2004, p. 190). De acordo com o ICN, a competência conjuga conhecimento, compreensão e julgamento com habilidades técnicas, cognitivas e interpessoais e ainda com as atitudes pessoais (Reid & Weller, 2010). Benner refere-se à prática competente como a “implementação de intervenções de enfermagem e de realização de juízos clínicos em cenários reais” (Brykczynski, 2004, p. 190). Então, consideramos que todo o percurso deste mestrado, desde as Unidades Curriculares do tronco comum, de cariz estruturante, passando pelas Unidades Curriculares específicas da área da especialidade, umas com conteúdos teóricos importantes outras de cariz mais prático, e por último o Estágio Final, que permitiu a mobilização de conhecimento, contribuiu de forma muito significativa para o nosso crescimento como pessoa e como enfermeira.

Neste capítulo vamos descrever e analisar de forma reflexiva o percurso de aquisição de competências, como planeado no Projeto de Estágio (Apêndice 4), que considerando o carácter transversal das Competências de Mestre, comparativamente com as Competência Comuns do Enfermeiro Especialista e ainda com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, vamos optar por uma descrição conjunta quando assim considerarmos pertinente.

#### **4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem**

No panorama de saúde atual foi claramente evidente a necessidade de cuidados de enfermagem diferenciados e especializados para dar resposta às avolumadas necessidades de cuidados de saúde da população. Assim, enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece

competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados”(OE, 2019, p.4744). Estas competências incluem “dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluído a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação (...) que permita avançar e melhorar de forma continua a prática de enfermagem.” (OE, 2019, p.4744).

As competências encontram-se agrupadas em quatro domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019, p.4745).

#### Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

#### Competência de Mestre

3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Para o percurso de aquisição de competências relativo a este domínio de competência, consideramos importante o estudo de documentos que sustentam a prática profissional da Enfermagem. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] (2015a) é um documento estruturante, onde estão contidos os “conceitos basilares da profissão e das competências atribuídas” (OE, 2015a, p.7 REPE) aos enfermeiros. Neste documento, encontramos também esclarecimentos em relação à responsabilidade profissional, assim como direitos e deveres

éticos e deontológicos dos enfermeiros. A Deontologia Profissional de Enfermagem, também estruturante para a prática da profissão, é definida como “o conjunto dos deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro (...), para prestar cuidados de Enfermagem às pessoas, famílias ou comunidades.” (OE, 2015, p.19). Agregado ao conjunto de deveres, na nossa Deontologia estão também descritos os direitos que garantem a dignidade da profissão e a excelência do exercício profissional com objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, família ou comunidade (OE, 2015).

Independentemente do contexto onde decorre a prática clínica, ou da área de especialidade, o enfermeiro “assume o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão (...) proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum.” (OE, 2015a, p.81), com conhecimentos científicos e técnicos adequados “com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população” (OE, 2015, p.30).

Para a aquisição desta competência foi de extrema importância a Unidade Curricular de Epistemologia, Ética, Deontologia e Direito em Enfermagem, pois serviu de base para um crescimento pessoal e profissional. Nesta Unidade Curricular foram esmiuçados importantes documentos da prática de enfermagem que promoveu a discussão e reflexão contribuindo para uma melhor compreensão. Também nesta unidade curricular, desenvolvemos um trabalho de grupo com a temática «Recusa de cuidados» que fomentou a discussão dentro do grupo e na apresentação, em atividade letiva. Na sua prática, os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular, deparam-se com muita frequência com limites que não conseguem transpor, desde logo, os técnicos, científicos e deontológicos, mas também o limite da vontade das pessoas, respeitando a sua aceitação ou a sua recusa dos cuidados (Nunes, 2020).

No decorrer do estágio final baseamos a nossa prática no cumprimento dos princípios éticos beneficência e não-maleficência com respeito pela autonomia, justiça, e pelos direitos humanos.

Por vivermos uma época de pandemia durante todo o período deste estágio final, fomos muitas vezes confrontados com a possibilidade de não podermos oferecer o necessário a cada uma das pessoas, por não estar disponível. Por outro lado, foi alvo da nossa reflexão em conjunto com a enfermeira supervisora clínica, a distansia ou a obstinação terapêutica, que algumas vezes

presenciamos e discutimos com a equipa médica, sobre a necessidade de iniciar uma técnica ou um procedimento não adequado à progressão da doença da pessoa.

Participamos numa ação de formação «Diretivas Antecipadas de Vontade: Desafios na Ótica da Enfermagem» (não foi emitido certificado de presença, pela que irá ser anexado neste relatório à *posteriori*). Esta apresentação permitiu aprofundar conhecimentos e refletir sobre a temática. Uma instrução escrita do que se deseja para o fim de vida, ou seja, uma Diretiva Antecipada de Vontade é “uma expressão declarada da vontade de uma pessoa” (Nunes, 2020, p. 101) autónoma e capaz de decidir a que cuidado quer ser submetida ou que cuidado recusa. Kolcaba e Fisher (1996) consideram, o conforto como uma diretiva antecipada, assim devem os enfermeiros de cuidados intensivos capacitar os doentes e famílias na obtenção do conforto ideal no processo de morrer. Percebemos também, que é uma temática que carece de divulgação, não só para o público em geral, mas também para os profissionais de saúde, com objetivo de reforçar e respeitar a autodeterminação de todos.

Também na elaboração do projeto de intervenção, foram tidos em conta os princípios éticos que devem orientar a investigação. Segundo Nunes (2020 a), deve ter-se em conta a beneficência (com o objetivo de «fazer o bem» para o participante e para a sociedade); a maleficência («não causar dano»); a fidelidade (estabelecimento de relação de confiança); a justiça (agir com equidade); veracidade (nunca faltar com a verdade). Para terminar, e não menos importante, o consentimento livre e esclarecido, sempre relacionado com a confidencialidade que prevê a proteção da informação partilhada durante o estudo (Nunes, 2020 a). Ainda segunda a mesma autora, devem considerar-se condições básicas na avaliação ética de um projeto: “a relevância do estudo; a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente e o respeito pelos direitos dos participantes” (Nunes, 2020 a, p.5). Tendo em conta o explanado e a norma vigente no CHUA que regula a investigação na instituição, a proposta de projeto de intervenção por nós elaborada foi enviada ao CFIC do CHUA. Posteriormente enviado ao Conselho de Administração e Comissão de Ética para a Saúde do CHUA (Apêndice1), para avaliação e emissão de parecer ( Anexo 1).

Pelo anteriormente exposto, consideramos ter adquirido as competências em análise.

#### Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da Melhoria da qualidade

B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua

B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro

#### Competência de Mestre

5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

A preocupação dos enfermeiros pela qualidade em saúde remonta ao tempo de Florence Nightingale na guerra da Crimeia, onde ela teve necessidade de expor como a falta de condições ambientais (como roupas sujas e contaminadas, latrinas com demasiada afluência, falta de saneamento), tinham repercussão na recuperação dos soldados feridos. (Pfetscher, 2004).

Não existe um conceito de «qualidade em saúde» que seja amplamente aceite por todos os países. A Organização Mundial da Saúde [OMS] (2020) refere que cuidados de saúde de qualidade devem ser eficazes, baseados na evidência e para todos os que deles necessitam; seguros de forma que evitem causarem dano a quem se destinam e centrados nas pessoas respondendo às suas preferências, às suas necessidades e aos seus valores. Refere ainda, a OMS, para que “os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser: oportunos, equitativos, integrados e eficientes.” (OMS, 2020, p. 13)

O Ministério da Saúde define «qualidade em saúde» como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo” (Ministério da Saúde, 2015 a, p.13551) tendo em conta os meios disponíveis com o objetivo de atingir adesão e satisfação da pessoa. A qualidade em saúde implica ainda, que os cuidados sejam os indicados às necessidades e às expectativas das pessoas (Ministério da Saúde, 2015a). Uma prática de cuidados de saúde com qualidade e segurança sustenta

uma redução da exposição a riscos evitáveis, contribuindo assim, para uma “melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (Ministério da Saúde, 2015a, p.13551).

O Plano Nacional para a Segurança do Doente foi publicado com objetivo de melhorar “a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde” (Ministério da saúde, 2015, p.3882- (2)). A promoção da segurança dos doentes torna-se assim uma responsabilidade da instituição e da equipa “através de ações transversais, como a cultura da segurança, a partilha do conhecimento e da informação”, perspetivando melhorar os cuidados de saúde em todos os contextos (Ministério da saúde, 2015, p.3882- (2)). Mais recentemente, a *World Health Organization* [WHO] (2021) publicou o *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* com os seguintes objetivos estratégicos:

“Políticas para eliminar danos evitáveis na assistência à saúde; Sistemas de alta confiabilidade; Segurança dos processos clínicos; Envolvimento do paciente e da família; Educação, habilidades e segurança do trabalhador de saúde; Informação, pesquisa e gestão de risco; Sinergia, parceria e solidariedade” (WHO, 2021, p.14).

Este documento foi a base do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 que ainda não foi publicado, mas já apresentado, numa conferência a 17 de setembro. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 tem como principal objetivo a segurança e qualidade na prestação de cuidados de saúde. Este documento assenta em cinco pilares, são eles: “a cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança e realização de práticas seguras em ambientes seguros” (DGS, 2021, sp)

A OE publicou, em 2001, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem [PQCE], por estar clara a necessidade de criar sistemas de qualidade e também, para que fossem definidas estratégias com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e do exercício profissional. Neste documento, foram formulados os conceitos metaparadigmáticos de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem, assim como as seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação dos clientes; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado dos clientes; a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.(OE, 2001)

Já em 2017, com objetivo de guiar a prática especializada do enfermeiro especialista em EMC foram publicados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica [PQCEEMC] (OE, 2017), do qual surgiram “os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” (OE, 2017, sem pagina). Olhando a PSC como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362), espera-se que o enfermeiro especialista em EMC-PSC seja aquele que “concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados.” (OE, 2017, sp).

Entendemos então, que a Unidade Curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica contribuiu para a aquisição das competências em análise, onde foi elaborado, em grupo, um trabalho sobre «Dotações seguras num Serviço de Urgência». Esta pesquisa permitiu-nos refletir sobre o que temos, em termos de recursos humanos, e o que é expectável estar disponível para a excelência do cuidar e como tal para a obtenção da qualidade dos cuidados em saúde e satisfação da pessoa, família e comunidade. Também a Unidade Curricular Políticas e Modelos De Cuidados de Saúde contribui de forma muito relevante para a nossa evolução. Nesta Unidade Curricular desenvolvemos um trabalho em grupo sobre a temática «Literacia em Saúde». A elaboração deste trabalho fez-nos refletir sobre o nível de literacia da população na busca pelos cuidados de saúde e sobre o papel dos enfermeiros em geral, e dos enfermeiros especialistas em particular, na melhoria da literacia da população.

Durante o estágio final prestamos cuidados à PSC de forma contínua, dando resposta às suas necessidades de forma a manter a suas funções básicas, prevenindo a aparecimento de complicações, com objetivo da sua total recuperação. Almejando realiza-lo com qualidade, sentimos necessidade de uma constante atualização através de leitura de normas instituídas na UCIP 1, mas também na pesquisa em bases de dados pela mais recente evidência e de documentos como «Plano Nacional para a segurança do Doente 2015-2020» (Ministérios da saúde, 2015), «Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020» (Ministérios da saúde, 2015a), «Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares» (DGS, 2019), «Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde» (DGS, 2011a).

Consideramos, que sempre tivemos a preocupação com a utilização segura do medicamento confirmando sempre, que o medicamento certo fosse administrado ao doente correto, na dose, via e hora corretos e registrando se o efeito foi ou não, o esperado. Outro aspeto que mereceu a nossa atenção, foi a comunicação, em especial durante a transição de cuidados, realizada com a metodologia ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações). Esta metodologia permite a padronização da comunicação em saúde, promovendo a segurança do doente (DGS, 2017). A identificação inequívoca do doente faz parte da nossa prática autónoma, enquanto enfermeira do SUP, mas também norteou a nossa prestação de cuidados durante o estágio final, confirmando sempre a identificação do doente, com o próprio, no caso de estar alerta, ou com a pulseira de identificação (DGS, 2011a). Também a prevenção de ocorrência de quedas requereram atenção da nossa parte, não só pela aplicação da Escala de Quedas de Morse, mas também pela implementação de medidas preventivas de queda (DGS, 2019).

O desenvolvimento do nosso projeto de intervenção realizado na temática da avaliação do risco de UPP na PSC, vai também em busca da qualidade dos cuidados de saúde e de encontro ao Plano Nacional de segurança do Doente no seu objetivo estratégico nº7 onde visa “ Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão” (Ministério da Saúde, 2015, p. 3882- (8)). Ainda no âmbito do nosso projeto de intervenção, realizamos também, uma ação de formação na UCIP 1 onde foi abordada a avaliação do risco de UPP na PSC, dando enfoque aos fatores de risco, mas também às intervenções preconizadas para a prevenção da sua ocorrência (Apêndice 2). Também, com objetivo de prevenir a ocorrência de UPP, foram por nós aplicadas a Escala de Braden e a Escala Revista C&J para uma avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, para posteriormente procedermos à implementação de um plano de cuidados adequado.

Participamos, no âmbito da formação em serviço da UCIP1, na apresentação «Integração de enfermeiros na UCIP 1» (não foi emitido certificado de presença, pela que irá ser anexado neste relatório à *posteriori*) que permitiu perceber que o processo de integração deve ser organizado e estruturado de modo a permitir o desenvolvimento de competência do novo enfermeiro. Participamos ainda, na apresentação «Presença e Integração da Família em UCI» (não foi emitido certificado de presença, pela que irá ser anexado neste relatório à *posteriori*), tema este que nos é muito grato, pois como enfermeiros assumimos o dever de prestar cuidados à pessoa, inserida numa família e numa comunidade (OE, 2015a). A presença da família na UCI vai de encontro à humanização

dos cuidados e à satisfação dos clientes. Os cuidados humanizados estão associados ao aumento do bem-estar e confiança do doente mas também a uma recuperação mais rápida (Basile *et al*, 2021).

No contexto da prática profissional foi desenvolvido um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no âmbito da Via Verde Sepsis [VVS] (Apêndice 5) com o objetivo geral de melhorar o atendimento do doente com sépsis/ choque séptico no SUP através da aplicação do circuito VVS e de um algoritmo de encaminhamento.

Pelo relatado anteriormente, consideramos ter adquirido a competência em análise.

#### Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da Gestão de Cuidados

C1- Gere cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

#### Competência de Mestre

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

O enfermeiro especialista é responsável pela “gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE,2019, p. 4748) devendo sempre pautar-se pela “excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com outros profissionais” (OE,2015a, p.81)

Na implementação das suas funções, o enfermeiro é responsável “pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (OE, 2015a, p. 81), devendo só efetua-lo “em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de

enfermagem” (OE, 2015a, p. 104). Para que a delegação de tarefas ocorra mantendo a qualidade de cuidados, importa que realize a supervisão cuidada das mesmas (REPE P.85). Neste sentido, deve o enfermeiro aplicar, como recurso adicional à tomada de decisão, os cinco certos da delegação, “delega e tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada” (OE, 2015, p.225).

Como já mencionado no ponto 1.2, a equipa de enfermagem da UCIP 1 é composta por 5 equipas. Em cada uma das equipas, existe um Enfermeiro chefe de equipa que, além da prestação de cuidados, participa na gestão do serviço e substitui a Enfermeira Gestora na sua ausência. Este enfermeiro chefe de equipa nem sempre é especialista, e nem todos os enfermeiros chefes de equipa são especialistas em EMC como defendido pela Mesa do Colégio da Especialidade em EMC (OE, 2018 a).

Segundo Chiavato “liderança é a influência interpessoal exercida numa situação e dirigida através do processo da comunicação humana” (Chiavato, 1983, p..125), com objetivo de atingir um ou mais objetivos. Para liderar é necessário que o enfermeiro chefe de equipa oriente a sua equipa, organizando o trabalho de forma eficiente de modo a obter a qualidade dos cuidados desejada (Gelbcke *et al*, 2009). A importância de um chefe de equipa de enfermagem numa situação que exige uma rápida tomada de decisão é a sua capacidade de articulação com todos os membros da equipa e a possibilidade da implementação dos seus conhecimentos técnicos, científicos e humanos reconhecidos pela equipa (Gelbcke *et al*, 2009).

À Enfermeira Supervisora clínica foi-lhe atribuída, em alguns turnos, a função de chefe de equipa, pelo que pudemos observar e tomar parte da coordenação dos cuidados de enfermagem, assim como na gestão de equipamentos e material de uso clínico. No enquadramento da pandemia Covid-19, esta coordenação/gestão dos cuidados de enfermagem foi preponderante na inclusão dos enfermeiros externos ao serviço, para que se mantivesse o mesmo nível de qualidade dos cuidados de enfermagem, aumentando, no entanto, o desgaste da equipa. Benner refere que a mobilidade dos enfermeiros aumenta a carga de trabalho “e levam a uma pressão suplementar, devido ao facto de trabalharem com pessoal provisório e inexperiente” (Benner, 2001, p. 178). Não podemos deixar de referir, que desempenhamos a função de chefe de equipa no SUP, assim como substituta da Enfermeira Gestora daquele serviço, durante os últimos 10 anos. Neste contexto colaboramos na

realização de escalas, assim como na distribuição da equipa pelos postos de trabalho, tendo em atenção as competências de cada um, para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Colaboramos também, na gestão de recursos materiais (equipamento, material clínico e medicamentos).

No que diz respeito ao relacionamento com a equipa multidisciplinar, este foi sempre pautado pelo respeito pela área de competência de cada um dos intervenientes, trabalhando em articulação com todos os membros da equipa (OE, 2015a, p.87). Para que o trabalho em equipa seja o mais eficaz e eficiente possível, cada membro deve exprimir a sua apreciação para que seja possível administrar o tratamento ou intervenção mais adequado a cada doente (Benner, 2001).

Consideramos ainda, que a Unidade Curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica foi importante para aquisição de conhecimentos nesta área. Aqui, desenvolvemos em grupo um trabalho sobre «Dotações seguras em Enfermagem» que permitiu um aprofundamento dos conhecimentos e aplicação à nossa realidade da prática clínica.

Num período, em que a gestão de cuidados, de recursos humanos, de recursos materiais, de estruturas foi colocada à prova, foi importante a participação em congressos como «Enfermagem: Refletir a pandemia, Perspetivar o futuro» (Anexo 3) ou o «VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos» com o mote «E de repente... tudo mudou» (Anexo 4). Nestes congressos foi possível perceber as significativas alterações que foram necessárias introduzir para que a resposta à pandemia fosse a mais adequada possível.

Pelo explanado, consideramos ter atingido as competências em análise.

#### Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio do desenvolvimento das

##### Aprendizagens Profissionais

D1- Desenvolve o autoconhecimento e assertividade

A prática reflexiva na enfermagem reveste-se de grande importância para a construção de profissionais autónomos e críticos da sua própria atividade (Peixoto & Peixoto, 2016). Segundo

Nunes a reflexão “valoriza a experiência humana, a consciência de Si mesmo e a abertura para a realização, no mundo e com os Outros” (Nunes, 2018, p. 133). O ICN (2019) define a consciência de si mesmo como a “opinião de si mesmo como sendo uma pessoa separada e distinta dos outros, tendo limites pessoais, sendo um indivíduo com experiências, desejos e atos”. A importância deste autoconhecimento é que nos permite perceber os nossos limites e identificar áreas de aprendizagem, autodesenvolvimento e autoreflexão (Peixoto & Peixoto, 2016).

Incutidos do dever de “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015a, p.86), realizamos com a Enfermeira Supervisora Clínica momentos de autoreflexão com objetivo de perceber o que poderíamos melhorar.

Assente neste pressuposto, entendemos que não podemos dissociar o percurso profissional de 25 anos no SUP em prática clínica autónoma, na área da PSC, do percurso formativo como mestranda a realizar o estágio final, também num ambiente de PSC. Neste contexto, identificamos áreas com as quais não contactamos, como a técnica dialítica contínua e intermitente ou hemodiálise, como uma área em que necessitamos realizar um estudo aprofundado através de pesquisa. Também na área da abordagem ao doente ventilado tivemos que aprofundar o conhecimento através de pesquisa, mas também de reflexão com a enfermeira supervisora clínica. Apontamos também, os momentos de transição de informação entre enfermeiros, como um momento de reflexão/discussão em grupo de casos clínicos e que fomentaram em nós a autoreflexão.

Também a Unidade Curricular EMC 1 e Relação de Ajuda fomentaram esta competência, pelas temáticas abordadas, como a comunicação de más notícias ou técnicas comunicacionais e estratégias relacionais, com uma abordagem pedagógica de teor muito prático, com técnica de *role play* promovendo o auto conhecimento e a gestão de emoções. Nesta Unidade Curricular realizamos um trabalho académico sobre uma situação da nossa prática, com apresentação em sala, com técnica de *role play*, permitindo-nos refletir sobre as nossas atitudes perante a situação assim como «colocarmo-nos no lugar do outro».

Consideramos, pelo descrito, termos alcançado a competência em análise.

**Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio do desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

D2- Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica

**Competência de Mestre**

2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Contribuiu para o aparecimento das primeiras UCI a epidemia de poliomielite, quando a procura de cuidados de saúde superou em muito a oferta, e também com o início da utilização dos primeiros equipamentos de suporte respiratório (Paiva,2016). Simultaneamente, também as guerras ocorridas na primeira metade do século XX obrigaram a uma resposta mais estruturada na área do doente vítima de lesão traumática (Paiva,2016). Mais tarde, no Reino Unido apareceu o primeiro sistema de emergência de resposta rápida para lidar com o Enfarte Agudo do Miocárdio [EAM] (Paiva,2016). Em Portugal o aparecimento das primeiras UCI deu-se no final da década de 50 (Paiva,2016). A par desta evolução, deu-se também uma enorme evolução da técnica e do conhecimento o que obrigou a uma atualização constante por parte das equipas de saúde.

Sabendo nós, que devem os enfermeiros especialistas fundamentar a “tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente” (OE,2019, p.4749) a investigação em enfermagem surge como importante para “gerar novo conhecimento (...) avaliar as práticas (...) e fornecer evidência que irá informar a educação, a prática, a investigação e gestão em Enfermagem” (ICN, 2012, p.48).

A Prática Baseada na Evidência é a utilização consciente das melhores evidências atuais, na tomada de decisão nos cuidados à pessoa, pois permite integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência disponível e ainda com os valores e preferências da pessoa (Sackett, 1997). O ICN promove a Prática Baseada na Evidência porque entende, que se os enfermeiros a usarem, “são capazes de colocar boas questões sobre quando e como devem mudar a sua prática, demonstrando que utilizam boa informação para basear as suas decisões, avaliam a sua prática e sabem se os resultados pelos quais estão a ser avaliados são, antecipadamente adequados e aceites.” (ICN, 2012, p. 9)

No âmbito do nosso projeto de intervenção, realizamos um artigo científico através de uma revisão integrativa com o tema «Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP na pessoa em situação crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin & Jackson» (Apêndice 6). O artigo científico foi elaborado com base nas normas da revista RIASE- Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, prevendo-se submissão para publicação.

A formação contínua surge para o enfermeiro como um dever de manter atualizados os seus conhecimentos de forma contínua, frequentando ações de qualificação para que possa “exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos” (OE, 2015, p.78), com objetivo da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Neste âmbito, além da consulta de normas e projetos em curso na UCIP 1, e pesquisa em base de dados, participamos em congressos e formações com temáticas que entendemos serem relevantes para a melhoria da nossa prática clínica. Frequentamos as formações «Implementação da Evidência Científica» (Anexo 5) e «Utilização de ferramentas de apoio à investigação» (Anexo 6), organizadas pela Associação dos Enfermeiros Especialista em EMC. Escolhemos estes temas por entendermos serem uma mais-valia para compreensão e agilização da utilização de bases de pesquisa e seleção da melhor evidência. Participamos no «Workshop Monitorização Hemodinâmica» (Anexo 7) realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, permitindo-nos aperfeiçoar a monitorização da PSC e conhecer o que se pratica noutras unidades do país. Participamos ainda, no XII Fórum Internacional de feridas e úlceras (Apêndice 8); no STOP UPP (Apêndice 9); no VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos (Apêndice 4); XXIII Congresso Nacional de Enfermagem Intensiva e II Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva (Apêndice 10); no Congresso Internacional de Controlo de Infecção (Apêndice 11); no World Sepsis Congress 2021 (Apêndice 12).

No âmbito do projeto de intervenção realizamos uma sessão formativa com objetivo de divulgar os resultados do nosso projeto, da qual apresentamos em anexo o plano da sessão (Apêndice 3) e o cartaz de divulgação (Anexo 2).

Também a Unidade Curricular Investigação em Enfermagem contribuiu para o nosso crescimento na área da investigação, da pesquisa estruturada e da síntese da evidência. Nesta Unidade Curricular, elaboramos, em grupo, um artigo científico sobre «A presença da família durante a reanimação cardiopulmonar», que permitiu, além da reflexão em grupo sobre a temática, perceber o que se fazia noutros hospitais, noutros países e que evidencia existe para a sua aplicação na prática clínica. Este artigo foi apresentado, em modo comunicação livre, no XXIII Congresso Nacional de Enfermagem Intensiva (Apresentado por uma das colegas do grupo) (Anexo 13). Foi apresentado, no mesmo congresso, o póster realizado em grupo, no âmbito da Unidade Curricular EMC 3 «Simulação em Catástrofe: que contributos?» (Apresentado por uma das colegas do grupo) (Anexo 14)

Considerando que, cabe ao enfermeiro especialista o diagnóstico das necessidades, a gestão de programas e avaliação do impacto da formação na prática clínica (OE,2019) a Unidade Curricular Formação e supervisão clínica, permitiu aprofundar conhecimento sobre varias temáticas, em particular na elaboração e implementação de Planos de Formação em serviço.

Pelo descrito anteriormente consideramos ter atingido as competências em apreciação.

#### **4.2. Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem**

Segundo a OE, competências específicas são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p.4745). Neste sentido, o enfermeiro especialista em EMC-PSC presta cuidados “altamente qualificados (...) de forma continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato” com o objetivo de permitir “manter as funções básicas de vida,

prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (OE, 2018, p. 19362)

Mantendo a mesma metodologia, vamos descrever e analisar de forma reflexiva e fundamentada, o percurso de aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista e para o grau de Mestre sendo abordadas de forma conjunta, quando assim considerarmos pertinente.

### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

1-Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A Medicina Intensiva é um contexto multidisciplinar que lida com as áreas da prevenção, diagnóstico e tratamento da PSC (Ministério da Saúde, 2013). Assim, PSC “ é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362).

Os cuidados de enfermagem à PSC são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato” (OE, 2018, p. 19362), neste sentido, são os enfermeiros especialistas em EMC na área da PSC os reconhecidos como elementos preponderantes na “resposta à necessidade de cuidados seguros” à PSC (OE, 2017, sp.). Desta forma, às equipas de enfermagem que integram os serviços de Medicina Intensiva, é recomendado que pelo menos “50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área de Enfermagem à PSC” (OE, 2019a, p. 145). O mesmo documento refere também, que uma unidade de cuidados intensivos de nível III deve ter disponível, por cada 5 doentes, 12h de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2019a, p. 145). “Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica” (OE, 2018, p. 19363), deve o enfermeiro especialista mobilizar “conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018, p. 19363).

No decorrer do estágio final prestamos cuidados de forma contínua à PSC, identificando antecipadamente focos de instabilidade. Para isso, contribuiu a abordagem sistematizada ao doente utilizando a metodologia «ABCDE» (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*). Esta metodologia foi implementada pelo *American College of Surgeons*, recomendada no nosso país (DGS, 2010) e universalmente aceite. Esta forma de abordagem permite reconhecer sinais de deterioração clínica, que habitualmente refletem um envolvimento das funções respiratórias, cardiovasculares ou neurológicas, e implementar medidas adequadas ao seu restabelecimento (Jevon, 2010). Ainda, Thim *et al* (2012), consideram que esta metodologia permite dividir situações clínicas complexas em partes mais pequenas e mais facilmente controláveis, evitando perdas de tempo; podendo servir de fluxograma de avaliação e tratamento da situação crítica, favorecendo uma prática uniforme entre os profissionais de saúde.

Consideramos que contribuiu para a nossa evolução a Unidade curricular EMC 4 com a frequência dos cursos de SBV [Suporte básico de Vida], SAV [Suporte Avançado de Vida] e ITLS (*International Trauma Life Support*), pois permitiu-nos, além da recertificação do SBV e SAV, um estudo e prática aprofundada. Não tivemos oportunidade, durante o Estágio Final, de prestar cuidados a doentes vítimas de paragem cardiorespiratória ou da área traumatológica, mas temos oportunidade de colocar em prática toda a aprendizagem na Sala de Emergência do SUP. Consideramos que a nossa atuação e abordagem da PSC se tornou mais sistematizada e consistente com o decorrer deste mestrado.

No decorrer do nosso estágio final, aplicamos protocolos complexos instituídos na UCIP 1 e com indicação para situação dos doentes à nossa responsabilidade. Para além da monitorização hemodinâmica contínua invasiva ou não invasiva, foi sempre realizada uma avaliação do doente no decorrer da prestação de cuidados, efetuando a avaliação da analgesia e sedação *através da aplicação da escala de RASS [Richmond Agitation-Sedation Scale]*; a avaliação e gestão da dor; a aplicação do protocolo de desmame ventilatório; a aplicação do protocolo de vigilância da glicémia e insulinoaterapia; os cuidados na colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central, cateter arterial, etc.

Assim, a aplicação da escala de RASS promove a avaliação de doentes em estado crítico com necessidade de sedação e analgesia. Para que se possa proporcionar conforto à PSC, ou seja que a sedação seja a ideal, é necessário definir metas terapêuticas e estabelecer qual o nível de consciência

pretendido (Namigar *et al*, 2017). Importa referir, que o uso prolongado de níveis profundos de sedação estão relacionados com aumento do tempo de ventilação e de permanência em UCI (Namigar *et al*, 2017). No entanto, intervenções como protocolos de redução de sedação/ despertar, protocolos de teste de respiração espontânea e utilização de medicamentos de curta ação melhoram os resultados com diminuição do tempo em ventilação mecânica e do tempo de internamento em UCI (Namigar *et al*, 2017). Esta escala foi por nós aplicada, conforme protocolo da UCIP 1 de 4/4horas e apresenta 10 níveis que podem variar de +4 a -5, em que os níveis positivos representam a agitação, os níveis negativos a sedação e o nível zero corresponde a um estado de alerta e conforto (Sessler *et al*, 2002).

Também a avaliação e gestão da dor foi nossa preocupação durante todo o estágio final. A dor foi considerada com o 5º sinal vital e a DGS (2003), na Circular Normativa nº9/DGCG, refere que a dor é transversal a todos contextos de prestação de cuidados, que o seu controlo é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes e que a sua avaliação e registo deve ser contínua com objetivo de otimizar a terapêutica analgésica. Esta foi por nós avaliada, em todos os doentes, através da Escala Visual Numérica (nos doentes alerta) e a Escala BPS [*Behavioral Pain Scale*] (nos doentes sedados que não comunicam). A Escala Visual Numérica é uma escala de autoavaliação que pode apresentar-se oralmente ou como instrumento real (Batalha, 2016). Consiste numa escala numerada de 0 a 10, em que zero não apresenta dor, e 10 apresenta a máxima dor vivenciada (Batalha, 2016). A Escala BPS é composta por três sub-escalas com uma pontuação de 3 a 12 em que 3 corresponde a doente confortável e sem dor, e 12 corresponde a doente completamente desconfortável e com máxima dor. As sub-escalas são então: **Expressão facial** pontuada de 1 a 4 (em que 1 está relaxada e 4 apresenta careta, esgar facial); **Movimentos dos membros superiores** pontuada de 1 a 4 (em que 1 está sem movimentos e 4 está retraído, com resistência aos cuidados) e por último a **Ventilação mecânica** pontuada de 1 a 4 (em que 1 tolera a ventilação e 4 é incapaz de controlar a ventilação) (Batalha, 2016).

Foi importante para a evolução do nosso desempenho, a frequência de sessões formativas. «*Workshop* Monitorização Hemodinâmica» (anexo 7) organizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, abordou os métodos, de monitorização invasiva e não invasiva, mais usados na PSC em UCI; «VII Congresso Internacional de Cuidados intensivos» (anexo 4) onde foram abordadas temáticas da PSC associada à infeção por Covid 19 e a reestruturação dos serviços para a melhor

resposta à pandemia; «XXIII Congresso Nacional de Enfermagem Intensiva» (anexo 10) onde além da problemática do Covid 19, também se abordaram temas como a técnica de substituição renal ou o Projeto «HU-CI». Este é um projeto espanhol de humanização das UCI que consideram que comportamentos humanizantes contribuem para um aumento da confiança e bem-estar, assim como uma melhor recuperação. O mesmo projeto entende que devem os profissionais de saúde desenvolver competências nesta área contribuindo para contextos mais humanizados (Basile et al, 2021).

O nosso estágio final decorreu essencialmente na área de doentes com infeção associada ao Covid 19, pelo que não nos foi possível prestar cuidados à pessoa em morte cerebral, assim como na manutenção fisiológica da pessoa potencialmente dadora de órgãos, no entanto a frequência do “Seminário de Doação, Colheita e Transplantação de Órgãos e Tecidos” mostrou-se uma mais-valia no aporte de conhecimentos técnicos e legais sobre o tema. Também a participação na formação “O enfermeiro e a pessoa/família potencial dadora de órgãos e tecidos” (certificado ainda não emitido) nos mostrou algumas estratégias para lidar com estas famílias.

Lidar com o fim de vida foi para nós, sem dúvida, o grande desafio do nosso estágio final. Consideramos, que a falta da presença da família no dia-a-dia da PSC na UCI promoveu um aumento da ansiedade no doente, na família e na equipa de saúde por existirem mais obstáculos à comunicação. Nas situações de fim de vida, além das intervenções farmacológicas de controlo da dor, podem estar indicadas intervenções não farmacológicas que contribuam para um aumento do conforto da pessoa. No seu estudo Novak *et al*, (2001) verificaram que a utilização da massagem terapêutica em fim de vida aumentou o conforto da pessoa mesmo quando se aproximava o momento da morte, no entanto referem ainda os mesmos autores, que na prática atual da enfermagem o conforto é indefinido e não é medido. Uma conceção holística do conforto é especialmente importante para os cuidados em fim de vida para profissionais, famílias e doentes, pois de uma forma espiritual promove uma morte pacífica (Novak *et al*, 2001). Na UCIP 1, efetuamos chamadas telefónicas e vídeo chamadas quando o doente ainda podia comunicar. Em situações de fim de vida ou início de ventilação mecânica invasiva, proporcionava-se uma visita a um familiar, que através de uma janela podiam ver-se e muitas vezes trocar o último olhar. As famílias, além de se preocuparem com o conforto do doente, também elas apresentam necessidades de conforto que podem passar por obter informação do seu doente ou apenas reforço positivo na forma de encarar a

situação (Novak *et al*, 2001). Participamos, neste âmbito na sessão formativa «Presença e integração da família e UCI» (certificado não emitido), onde foi focada a importância e as vantagens da integração da família assim como a apresentação da norma para introdução na UCIP 1.

De encontro ao nosso projeto de intervenção, avaliamos diariamente aos doentes sob a nossa responsabilidade, o risco de desenvolvimento de UPP, através das Escala de Braden e da Escala Revista C&J, colocando em prática intervenções de enfermagem de prevenção do seu aparecimento. Nesta temática, foi importante a pesquisa bibliográfica realizada. Assim, neste âmbito realizamos uma sessão formativa onde foi dada especial importância aos fatores de risco para o desenvolvimento de UPP e às intervenções de enfermagem preconizadas para a prevenção de UPP. Por considerarmos que a formação contínua é uma ferramenta de crescimento frequentamos dentro desta temática o XII Fórum Internacional de feridas e úlceras (Anexo 8) e o STOP UPP (Anexo 9).

Foi com muita frequência, alvo dos nossos cuidados, o doente com necessidade de ventilação mecânica invasiva e não invasiva e com administração de oxigénio em CNAF [cânula nasal de alto fluxo]. Neste domínio, prestamos especial atenção aos «feixes de intervenções» de prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2017c).

Segundo a DGS (2017) deve-se “rever, reduzir e, se possível parar diariamente a sedação, maximizando a sua titulação ao mínimo adequado ao tratamento” (DGS, 2017c, p.1) e realizar os respetivos registos no processo clínico. Esta intervenção foi realizada quando era indicada para a condição do doente. Alguns autores corroboram esta intervenção concluído que melhora os *outcomes* do doente submetido a ventilação mecânica invasiva (Namigar *et al*, 2017; Hellyer *et al*, 2016; Klompas, 2015).

A segunda intervenção preconizada pela DGS é “discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária” (DGS, 2017c, p.1) de um plano de intervenção, sempre com registo de evidencia em processo clínico. Hellyer *et al*, (2016) referem, quanto menor for o tempo de duração de utilização de ventilação mecânica menor será o risco de desenvolver pneumonia associada à intubação. Refere ainda que, para a tomada de decisão da extubação da pessoa devem existir protocolos que sistematizem a avaliação e auxiliem na tomada de decisão (Hellyer *et al*, 2016).

No 3º «feixe de intervenção» (DGS, 2017c, p.1), é recomendada a manutenção da cabeceira da cama em ângulo  $\geq 30^\circ$  e evitar posição de supina, efetuando registo no processo clínico. O objetivo da manutenção da cabeceira em ângulo  $\geq 30^\circ$  é reduzir o refluxo gástrico e assim reduzir a contaminação da via aérea. Num estudo conduzido por Güner & Kutlürkan (2021), compararam 3 grupos de doentes internados numa UCI, com necessidade de ventilação. Cada grupo foi posicionado com a cabeceira com ângulo  $< 30^\circ$ , a  $30^\circ$  e a  $45^\circ$ . O mesmo estudo concluiu que a pneumonia associada à intubação ocorreu em 55% dos doentes do grupo posicionado com a cabeceira com ângulo  $< 30^\circ$ , enquanto nos outros dois grupos a pneumonia ocorreu em 25% e 20%, respetivamente. Então, os autores ressaltam o papel crucial dos enfermeiros na prevenção da pneumonia associada à intubação, recomendando que a elevação da cabeceira  $< 30^\circ$  deve ser evitada (Güner & Kutlürkan, 2021).

“A realização de higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos três vezes por dia em todos os doentes (...) que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas” (DGS, 2017c, p.1) foi uma intervenção por nós realizada, em todos os doentes com necessidade de suporte ventilatório, segundo o protocolo instituído na UCIP 1. Esta intervenção, carece ainda de investigação, pois encontramos estudos contraditórios. A *British Association of Critical Care Nurses*, com objetivo de emanar orientações sobre esta temática, reuniu um grupo de enfermeiros especialistas da área de cuidados intensivos e concluíram que a higiene oral é uma intervenção importante ao doente crítico (ventilado ou não), que diminui a incidência da pneumonia e promove o conforto do doente, no entanto os mesmos autores referem que o uso rotineiro da cloro-hexidina a 0,2% como solução de descontaminação da boca deve ser feito com cautela (Collins *et al*, 2021). Também Hellyer *et al* (2016) recomendam a utilização de cloro-hexidina para descontaminação da boca apenas no doente submetido a cirurgia cardíaca.

Por último, a manutenção da “pressão do balão do tubo endotraqueal” deve situa-se entre os 20 e 30  $\text{cmH}_2\text{O}$ ” (DGS, 2017c, p.1). Esta intervenção foi por nós realizada de forma empírica, sob orientação da enfermeira supervisora clínica. A UCIP 1 só possui um cuffómetro, equipamento necessário para a sua correta avaliação do balão do tubo endotraqueal, e este estava alocado à UCIP não Covid. Tivemos oportunidade de refletir com a enfermeira supervisora clínica sobre a importância de uma rigorosa avaliação da pressão do balão do tubo endotraqueal. Alqahtani e Evley (2020) referem no seu estudo, que doentes com pressões do balão do tubo endotraqueal fora dos valores recomendados, colocam-nos em risco de desenvolverem pneumonia associada à intubação,

podendo prolongar o tempo de necessidade de ventilação assim como o tempo de internamente em UCI. O mesmo autor recomenda que se realize formação aos profissionais de saúde sobre as consequências da pressão inadequada do balão do tubo endotraqueal.

Pelo exposto consideramos ter atingido a competência em análise.

### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Dando resposta ao enquadramento conceptual publicado pela OE (2018), o enfermeiro especialista “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada”.

Atualmente, vivemos em permanência com a possibilidade de ocorrência de algum tipo de catástrofe, seja ela, natural, química, radiológica ou uma epidemia/pandemia. Tendo em conta o imprevisível destas situações, e o facto das unidades de saúde funcionarem já no limite da sua capacidade devem as organizações precaver-se e construindo um Plano de Emergência Externo, realizando formação aos seus funcionários (DGS, 2010b).

Entende-se por situação de exceção aquela em que a procura de cuidados de saúde excede os recursos disponíveis pelo que esta resposta deve ser gerida de forma criteriosa (OE, 2018). A catástrofe é definida, no artigo 3.º da Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida”(Assembleia da República, 2016). Ainda segundo a OMS é entendida como “qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração da saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que justifique uma mobilização excepcional de auxílios vindos de fora da comunidade ou zona atingida” (Bandeira, 2008). A emergência multi-vítima envolve um grande número de vítimas capaz de tornar a procura mais alta

do que os recursos disponíveis alterando o normal funcionamento dos serviços de emergência, exigindo uma gestão sistematizada dos recursos com objetivo de salvar o máximo de vidas possível proporcionando-lhes também, o melhor tratamento (OE, 2017).

Durante o período do estágio final tivemos oportunidade de prestar cuidados diferenciados integrados na equipa de EEMIH. Esta equipa foi constituída para dar resposta à Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO de 22/06/2010. Sabendo nós, que uma “intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e morbilidade” (DGS, 2010a, p.2) dos doentes internados nas unidades de saúde no caso de agravamento clínico, importa que as organizações implementem mecanismos que permitam uma rápida intervenção e alocação dos recursos mais adequados. Na UCIP 1, esta equipa é constituída por um médico de preferência sénior, e por um enfermeiro de preferência especialista em EMC-PSC, que pertencendo à equipa da UCIP 1 ou ao SUP é escalado para o efeito. Foi gratificante percebermos da importância dos cuidados especializados, pois a abordagem rápida e sistematizada realizada permitiu perceber a causa do agravamento do estado do doente e estabilizá-lo rapidamente.

Também a unidade curricular EMC 3 contribuiu de forma importante para a aquisição de competências na área da catástrofe. Nela foram abordados temas como: os sistemas de triagem em catástrofe ou planos de emergência de unidades de saúde. Nesta unidade curricular elaboramos em grupo um póster com a temática “Simulação em catástrofe: que contributos?” Apresentado no XXIII Congresso Nacional de Enfermagem Intensiva organizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Apresentado por uma das colegas do grupo) (Anexo 14).

Durante a atividade profissional no SUP participamos ativamente na criação dos «Kits de catástrofe», assim como na participação em simulacros com objetivo de testar e treinar os profissionais de saúde e todas as equipas envolvidas na resposta à catástrofe. Colaboramos ainda na elaboração do Plano de Emergência Externo da Unidade de Faro, aprovado em 2018. Tivemos também oportunidade de prestar cuidados em situações multi-vítimas quer como operacional da VMER de Faro que como enfermeira do SUP.

Em relação à pandemia COVID-19, enquadrada na definição de catástrofe, permitiu também obter competências ímpares. O Coronavirus Sars-Cov 2 foi identificado pela primeira vez na China no final de dezembro de 2019, tendo sido declarada Pandemia pela OMS no dia 11 de março de 2020

(Organização das Nações Unidas [ONU], 2020) e declarado o estado de emergência no dia 18 de março de 2020 em Portugal (República Portuguesa, 2020). Com o estado de emergência declarado, foi necessária uma reestruturação das unidades de saúde, obrigando nos serviços de urgência à criação de um circuito que atendesse em segurança os doentes suspeitos de infeção associada ao COVID-19. Obrigou também, à criação de UCI com dedicação exclusiva ao COVID-19. Esta reestruturação obrigou a uma gestão de recursos humanos muito cuidada, pois houve necessidade de alocar e integrar enfermeiros aos Serviços de Urgência e UCI de forma rápida mas segura. Ampliou-se também a necessidade de EPI de uma forma nunca antes vista, o que obrigou a uma gestão muito cuidada por parte dos enfermeiros.

Sentimos sempre necessidade de acompanhar todas as publicações emanadas pela DGS e consulta de estudos publicados nas bases de dados científicas sobre a temática.

A 6 de setembro estão confirmados em todo o mundo 220 563 227 casos confirmados e 4 565 483 mortes por COVID-19 (WHO, 2021) mas também 40,6% da população mundial já recebeu pelo menos 1 dose da vacina Covid 19 (University of Oxford, 2021) o que demonstra bem o volume de trabalho de todas as equipas de saúde em todo o mundo.

Pelo explanado, consideramos ter atingido a competência em análise.

#### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

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

Segundo a WHO (2011) a infeção associada a cuidados de saúde [IACS] é adquirida por doentes ao receber cuidados de saúde e representa o evento adverso mais frequente. As IACS associadas ao aumento da resistência aos antimicrobianos são um problema de saúde crescente à escala mundial que não pode ser ignorado por nenhuma unidade de saúde ou contexto de cuidados, pois impactam na qualidade de vida dos doentes, aumentando a mortalidade, a morbilidade, o tempo de internamento e os custos em saúde (DGS, 2018).

A vigilância das IACS é complexa pois requer a utilização de critérios padronizados, disponibilidade de instalações de diagnóstico e de especialistas para conduzi-la e interpretar os seus resultados (WHO, 2011). Então, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes prevê no seu objetivo estratégico nº 9 “Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos” com objetivo da “ redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos” (Ministério da Saúde, 2015, p.3882-9)).

A DGS, através da aplicação e auditoria aos «Feixes de Intervenção» para a prevenção das IACS, promove também a sua vigilância. Os «Feixes de Intervenção» são constituídos por um «pacote» de intervenções que quando implementadas em conjunto “promovem um melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente” (Paiva, SD) com o objetivo de que cada doente receba o cuidado de saúde mais recomendado.

Durante o estágio final colaboramos com a Enfermeira Elo de ligação ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] na recolha dos dados para auditoria aos seguintes «Feixes de Intervenção» de prevenção das IACS:

- ✓ «Feixes de Intervenção» de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical com um índice de conformidade obtido de 97,2%
- ✓ «Feixe de Intervenção» de Prevenção de Pneumonia associada a Intubação com índice de conformidade obtido de 80%
- ✓ «Feixe de Intervenção» de Prevenção de Infeção relacionada com Cateter Venoso Central com um índice de conformidade obtido de 59%

Os dados foram recolhidos através de observação direta da prestação dos cuidados de saúde ou através de consulta ao processo clínico. Importa ainda perceber, que foi identificada uma intervenção de enfermagem não realizada no feixe de Prevenção da infeção urinaria associada à presença de cateter vesical “realizar a higiene diária do meato uretral, pela pessoa ou pelos profissionais de saúde”( DGS, 2017b, p.1), por não existir evidência no processo clínico. Depois de identificada a não conformidade e comunicada à Enfermeira Elo de ligação ao PPCIRA, esta pediu a sua integração da intervenção na aplicação informática em uso no serviço para que fosse incluída no plano de cuidados e registada sempre que realizada.

Todo o período do estágio final decorreu durante a chamada «terceira vaga» da pandemia Covid 19 em Portugal, representando um desafio para as equipas de saúde em geral e para os enfermeiros em particular. A adaptação a um ambiente de cuidados intensivos é, por si só, desafiante, aliada à utilização do EPI necessário para a prestação de cuidados em segurança foi ainda mais estimulante.

No SUP participamos de forma ativa na implementação do novo circuito do doente suspeito de infeção por Covid 19, assim como na formação dos enfermeiros mais jovens na colocação e remoção dos EPI em segurança.

Foi importante manter atualizada a consulta e análise das normas emanadas pela DGS para estarmos a par de qualquer alteração na utilização dos EPI ou de qualquer outro procedimento.

Frequentamos também Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2021, *online*, com a duração de 16h (Anexo 11) onde foram abordados temas como «Impactos e estratégias em tempo de pandemia» ou «A importância das melhores estratégias para mudar a prática no que se refere às IACS». Nunca como hoje se falou tanto de higiene das mãos, quer em ambiente de cuidados de saúde quer direcionado para a comunidade. Também este tema foi abordado neste congresso com partilha de estratégias para ajudar as equipas de saúde e mesmo as comunidades a aderir ao programa de higiene das mãos.

No contexto da prática profissional foi desenvolvido um projeto de melhoria continua no âmbito da Via Verde Sépsis com o objetivo geral de melhorar o atendimento do doente com sépsis/choque séptico no SUP através da aplicação do circuito VVS (Apêndice 5).

A Sépsis é uma emergência médica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo e cursa com disfunção multiorgânica, apresentando uma taxa de mortalidade superior a 25% e um custo associado de 20 bilhões de dólares nos Estados Unidos da América [EUA], em 2011. Dados Europeus e dos EUA da última década, mostram que a Sépsis representa um grave problema de saúde pública com uma incidência comparável ao Acidente Vascular Cerebral [AVC], ao EAM, ao tumor da mama e ao tumor colorretal. O aumento da sua incidência levou também a um aumento da mortalidade, comparável com a mortalidade por AVC e por EAM (Singer et al 2016; Rhodes *et al* 2017). Dados nacionais indicam que 22-24% dos internamentos em serviços de medicina intensiva são devidos a sépsis adquirida na comunidade. Estes casos estão associados a uma mortalidade hospitalar global de 38% (3x superior à mortalidade por AVC), sendo que a mortalidade nas pessoas com choque séptico atingiu os 49-51% (DGS, 2017a).

Com estes números em mente, propusemos elaborar o circuito de atendimento ao doente com sépsis/choque séptico no SUP; elaborar um algoritmo com base no circuito de atendimento ao doente com sépsis/choque séptico no SUP; realizar formação à equipa de enfermagem sobre o tema e realizar auditorias bimensais. Estamos ainda a aguardar aprovação do projeto pelo conselho de administração do CHUA.

Ainda no âmbito do mesmo tema frequentamos o congresso World Sepsis Congress 2021- Advancing Prevention, Survival, and Survivorship of Sepsis and COVID-19 (Anexo 12) onde foram abordados temas com «A doente Covid 19 em quadro séptico», «Relatos de sobreviventes de Sépsis».

Também a unidade curricular EMC 5 contribuiu de forma importante para a consolidação de conhecimento na área das IACS. Elaboramos em grupo uma apresentação sobre «Microrganismos multiresistentes e epidemiologicamente importantes” que obrigou a uma pesquisa sobre resistência Antimicrobiana e microrganismos multirresistentes; microrganismos epidemiologicamente importantes.

No decorrer do estagio final e durante a prestação de cuidados à PSC procuramos aplicar os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos ao longo de todo o percurso, procurando o cumprimento das normas e boas práticas em vigor na UCIP 1 .

Pelo atrás explanado, consideramos que foram adquiridos conhecimentos e competências na área da prevenção e controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos.

#### Competência de Mestre

7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Face á fundamentação e reflexão crítica ao longo do estágio final e pelo explanado no último capítulo, consideramos ter atingido a ultima competência de Grau de Mestre.

## CONCLUSÃO

O Relatório é o culminar de todo o percurso formativo deste 4º Curso de Mestrado, proporcionando-nos momentos de reflexão, não só do percurso académico, mas também do percurso profissional. Consideramos que todas as experiências, no decurso deste mestrado, nos obrigaram a uma introspeção sobre o que fomos e o que podemos melhorar de agora em diante como Enfermeira Especialista em EMC-PSC.

No primeiro dia deste Mestrado ouvimos uma frase que foi marcante em todo o percurso, «Porque precisamos nós de Enfermeiros Especialistas?». Consideramos que esta pergunta foi sendo respondida no decorrer do 4º mestrado, através da sua oferta formativa, mas também com o surgimento da pandemia Sars Cov 2, onde se demonstrou claramente a necessidade e a importância de existirem nos serviços enfermeiros com “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados” (OE, 2019). Então, torna-se importante que o Enfermeiro Especialista desenvolva a sua prática com base na melhor evidência, “orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” (OE, 2018, p.19360), lidere projetos na área da formação, assessoria e investigação num percurso de desenvolvimento de competências, com objetivo da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Suportados conceptualmente pela Teoria do Conforto e considerando que as intervenções de enfermagem “são concebidas para abordar as necessidades de conforto específico das pessoas” (Dowd, 2004) sejam elas físicas, psico-espirituais, ambientais ou sociais, procuramos durante o nosso Estágio Final, prestar cuidados de forma holística proporcionando o máximo conforto às pessoas por nós cuidadas. Neste sentido, também o nosso projeto de intervenção, teve como linha orientadora, a Teoria do Conforto, perspetivando ir ao encontro à escala de avaliação do risco de desenvolvimento de UPP mais adequada para a PSC, identificando assim qual pessoa necessita de maior intervenção de enfermagem para que não desenvolva UPP, maximizando desta forma o conforto da pessoa.

Identificamos limitações no nosso projeto de intervenção, desde logo, o reduzido número de artigos científicos sobre a temática escolhida, o que demonstra uma necessidade de investigação

premente. Também o tempo em que decorreu o nosso estudo, foi por nós identificado como limitação, já que conseguimos uma amostra pequena, o que não nos permitiu aplicar testes estatísticos que tornariam o estudo mais fidedigno.

Compreendemos, pela pesquisa realizada, que não existe ainda evidência que suporte a mudança da Escala de Braden para a Escala Revista C&J, no entanto consideramos que independentemente da escala que se utilize, importa que os enfermeiros avaliem o doente, analisem a qual fator de risco a que está exposto e elaborem um plano de cuidados dirigido a minimizar aquele fator de risco.

Considerando os objetivos por nós definido na introdução deste Relatório, entendemos estarem atingido. O primeiro objetivo foi levado a cabo no primeiro capítulo deste relatório, onde fizemos uma contextualização legal e organizacional do local onde decorreu o Estágio Final, realizando uma análise crítica da organização do trabalho da equipa de enfermagem. Consideramos que, em especial no período de maior afluência de doentes com necessidade de cuidados intensivos, a equipa de enfermagem desempenhou funções com rácios bem abaixo do preconizado, (OE, 2019 dotações), colocando muitas vezes em causa a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Em relação ao segundo objetivo, ele foi atingido no segundo e terceiro capítulo onde foi explanado a Teoria do Conforto, que forneceu suporte concetual ou Estágio Final e ao projeto de intervenção, uma revisão da literatura sobre a temática, assim como, uma descrição e análise de cada passo da metodologia de projeto (Ruivo et al, 2010) e uma análise dos resultados encontrados. O último objetivo foi cumprido no ponto quatro onde se fez uma análise fundamentada do nosso percurso de aquisição de competências comuns, específicas e de Mestre em EMC-PSC.

Face ao descrito em todo o documento, consideramos escalado mais um degrau deste percurso, aguardando ainda pela prova de discussão pública para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Ser Mestre não termina na obtenção de um título, é ser perito na sua área de intervenção, é ser orientador, é ser formador e é ser capaz de encaminhar a sua equipa em direção à excelência na qualidade dos cuidados de saúde prestados com respeito pela pessoa e pela sua autonomia.

## BIBLIOGRAFIA

- Adibelli S. & Korkmaz F. (2019). Pressure injury risk assessment in intensive care units: Comparison of the reliability and predictive validity of the Braden and Jackson/Cubbin scales. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24), pp. 4595-4605. <https://doi.org/10.1111/jocn.15054>
- Alqahtani, A. & Evley, R. (2020). *Inappropriate Endotracheal Tube (ETT) cuff pressure and its relation to ventilator-associated pneumonia (VAP) in Intensive care unit (ICU)*. Congresso Internacional ERS 2020. *European Respiratory Journal*. 56(64), 2026. <https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2020.2026>
- Apóstolo, J. (2007) O Imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico. [Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem] Universidade do Porto- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7157/2/O%20IMAGINRIO%20CONDUZIDO%20NO%20CONFORTO%20DE%20DOENTES%20EM%20CONTEXTO%20PS.pdf>
- Assembleia da República (2016) Lei nº27/2006 de 3 de julho. Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, 1ª Série- nº126. pp.4696-4706. <https://dre.pt/application/file/a/537897>
- Bandeira, R. (2008) *Medicina de Catástrofe: Da exemplificação histórica à iatroética*. 1ª Edição, Editora da Universidade do Porto. p.317
- Basile, M., Rubin, E., Wilson, M., Polo, J., Jacome, S., Brown, S., Calle, G., Montori, V., Hajizadeh, N. (2021) Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. *Critical Care Explorations*. Junho. 3(6). pp.1-9. [https://journals.lww.com/ccejournal/Fulltext/2021/06000/Humanizing\\_the\\_ICU\\_Patient\\_A\\_Qualitative.26.aspx#ej-article-sam-container](https://journals.lww.com/ccejournal/Fulltext/2021/06000/Humanizing_the_ICU_Patient_A_Qualitative.26.aspx#ej-article-sam-container)
- Batalha, C. (2016) *Avaliação da dor: Manual de estudo- Versão 1*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora. 1ª Edição.

- Bergstrom, N., Braden, B., Laguzza, A., Holman, V. (1987). The Braden Scale for predicting pressure score risk. *Nurs Res.*; 36; pp.205-10 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3299278/>
- Bonita, R.; Beaglehole, R.; Kjellström, T. (2010) *Epidemiologia Básica*. Basic Epidemiology. 2ª Edição Livraria Santos Editora. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394\\_por.pdf;jsessionid=8E908309ECC291E8DC412AFBC466AE78?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf;jsessionid=8E908309ECC291E8DC412AFBC466AE78?sequence=5)
- Bryczynski, K. (2004) De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem- Patricia Benner. In Tomey, A & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda, pp.73-93.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018). *Relatório de Gestão e Contas 2017*. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. [http://www.chualgarve.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/2/2018/08/CHUA\\_RC2017.pdf](http://www.chualgarve.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/2/2018/08/CHUA_RC2017.pdf).
- Chandra, S., Raman, K., Katharine, K. (2016). Application of Katharine Kolcaba Confort Theory in Post Operative Child: Delivering Integrative Confort- A Case Study of a 5 year Old Child Admitted in PICU with Laprotomy Experiencing Post Operative Disconfot. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. junho, 5(6). <http://dx.doi.org/10.21275/v5i6.NOV164670>
- Chiavenato, I. (1983) *Introdução à Teoria Geral da Administração*. Editora McGraw-Hil. 3ª Edição. pp.125.
- Collins, T., Plowright, C., Gibson, V., Stayt, L., Clarke, S., Caisley, J., Watkins, C., Hodges, E., Leaver, G., Leyland, S., McCready, P., Millin, S., Platten, J., Scallon, M., Tipene, P., Wilcox, G. (2021). British Association of Critical Care Nurses: Evidence-based consensus paper for oral care within adult critical care units. *Nursing in Critical Care*. 26. pp. 224-233. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.12570>
- Cooper, K. (2013). Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. 2013; 33(6). pp. 57-67. <https://doi.org/10.4037/ccn2013985>

- Delawder M.; Leontie L.; Maduro S.; Morgan K.; Zimbro S. (2021) Predictive Validity of the Cubbin-Jackson and Braden Skin Risk Tools in Critical Care Patients: A Multisite Project. *American Journal of Critical Care*. 30(2) pp. 140- 144. [doi:10.4037/ajcc2021669](https://doi.org/10.4037/ajcc2021669)
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular normativa nº09/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção-geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientação Nº07/DQS/DQCO: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Direção Geral da Saúde. 31 de março. pp.1-26. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2010a). *Circular normativa nº15/DQS/DQCO:Criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)*. Direção-Geral da Saúde. 22 de junho pp.1-11. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdcqco-de-22062010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2010b). *Elaboração de um Plano de Emergência Interno nas Unidade de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. 6 de outubro. pp. 1-125. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Direção Geral da Saúde. 19 de maio. pp.1-10. [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)
- Direção-Geral da Saúde (2011a). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Direção-Geral da Saúde. 23 de maio. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017) *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. fevereiro. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2017a). *Via Verde Sépsis no Adulto*. Norma nº 010/2016 atualizada 16/05/2017. maio. pp.1-27. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*, Norma nº 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017. maio. Direção-Geral da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017c). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Norma nº21/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Maio. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySztzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Norma nº 08: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Direção-Geral da Saúde. Dezembro. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2021). *Newsletter: 144 Direção-Geral da Saúde apresentou o novo Plano Nacional para a segurança dos doentes. Consultado a 24 de setembro de 2021*. <https://www.dgs.pt/?ci=1916&ur=1&newsletter=516>
- Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto- Katharine Kolcaba. In Tomey, A & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*.5ª Edição p.481-495.Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevenção e Tratamento de Lesões/ Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida*. (Edição Portuguesa).Ed. Emily Haesler. <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-brazilian-portuguese.pdf>

- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance.(2019). *Prevenção e tratamento de lesões / úlceras por pressão. Guia de consulta rápida (edição Portuguesa)*. Emily Haesler (Ed.). ISBN 978-0-6480097-9-5 <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-portuguese.pdf>
- Faria, J.; Pontífice-Sousa, P.; Gomes, M. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos- Revisão integrativa. *Enfermeria Global*. nº 50, abril. pp. 490-502. [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt\\_1695-6141-eg-17-50-477.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-477.pdf)
- Fawcett, T. (2005) An introduction to ROC analysis. *Pattern Recognition Letters- ELSEVIER*.27. pp. 861-874. <https://doi:10.1016/j.patrec.2005.10.010>
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão- Implementação Nacional da Escala de Braden*. Lusociência. 6-10
- Garcia-Fernandez, F., Hidalgo, P., Agreda, J., Torres, M. (2013). Risk assessment scales for pressure ulcer in intensive care units: A systematic review with meta-analysis. *Ewma Journal*. 13(2). pp.7-13. <http://ewma.org/english/publications/ewma-journal/latest-issues.html>
- Gelbcke, F., Souza, L., Sasso, G., Nascimento, E., Bulb, M. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. Janeiro-fevereiro, 62 (1). pp.136-139. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100021>
- Güner, C & Kutlürkan, S. (2021). Role of head-of-bed elevation in preventing ventilator-associated pneumonia bed elevation and pneumonia, *Nursing in Critical Care*. pp.1-11. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.12633>
- Hellyer, T., Ewan, V., Wilson, P., Simpson, A. (2016). The Intensive Care Society recommended bundle of interventions for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Journal of Intensive Care Society*. 17(3). pp. 238-243. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5606527/pdf/10.1177\\_1751143716644461.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5606527/pdf/10.1177_1751143716644461.pdf)

- Higgins, J., Casey, S., Taylor, E., Wilson, R., Halcomb, P. (2020). Comparing the Braden and Jackson/Cubbin Pressure Injury Risk Scales in Trauma-Surgery ICU Patients. *Critical Care Nurse*; 40(6). pp.52-61. <https://doi:10.4037/ccn2020874>
- International Council of Nurses (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção - Closing the gap: from evidence to action*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs\\_vfinal\\_correto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf)
- International Council of Nurses (2019). *Browser CIPE*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/%C3%A1rea-do-enfermeiro/cipe/>
- Jackson, C.(1999). The Revised Jackson/ Cubbin Pressure Area Risk Calculator. *Intensive and critical care nursing*. 15(3). pp.169-175. [doi:10.1016/S0964-3397\(99\)80048-2](https://doi:10.1016/S0964-3397(99)80048-2)
- Jevon, P. (2010). ABCDE: The assessment of the critically ill patient. *British Journal of Cardiac Nursing*. Junho. 5 (6). pp.268-272. <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=0783ac47-90d5-4d2c-a7cd-8d5e38c05803%40sessionmgr4008>
- Kim E., Choi M., Lee J., Kim Y.(2013). Reusability of EMR Data for Applying Cubbin and Jackson Pressure Ulcer Risk Assessment Scale in Critical Care Patients. *Healthcare Informatics Research*. 19(4). pp. 261-270. <https://doi:10.4258/hir.2013.19.4.261>
- Klompas, M. (2015). Potential Strategies to Prevent Ventilator-associated Events. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. Dezembro. 192(12). pp.1420-1430. <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.201506-1161CI>
- Kolcaba, K. & Bice, A. (sd). *The Comfort Line (online)* Acedido em 01/09/2021 <https://www.thecomfortline.com/>
- Kolcaba, K. & Fisher, E. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nurs Q*. Fevereiro. 18(4). pp.66-76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8689455/>

- Kolcaba, K. & Steiner, R. (2000). Empirical Evidence for the Nature of Holistic Comfort. *Journal of Holistic Nursing*. Março. Vol 18, nº1, pp.46-62. <http://dx.doi.org/10.1177/089801010001800106>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Outubro. 19, pp.1178-1184. [https://www.researchgate.net/publication/15269336\\_A\\_theory\\_of\\_holistic\\_comfort\\_for\\_nursing/link/5c3f4c91a6fdccd6b5b1838f/download](https://www.researchgate.net/publication/15269336_A_theory_of_holistic_comfort_for_nursing/link/5c3f4c91a6fdccd6b5b1838f/download)
- Kosmidi D., Koutsouki S. (2008). Pressure ulcers risk assessment scales in ICU patients. Validity comparison of Jackson/Cubbin (revised) and Braden scales. *Journal Nosileftiki*. 47. pp.86-95. <https://www.researchgate.net/publication/284900444>
- Labeau, S., Afonso, E., Benbenishty, J., Blackwood, B., Boulanger, C., Brett, S., Calvino-Gunther, S., Chaboyer, W., Coyer, F., Deschepper, M., François, G., Honore P., Jankovic, R., Khanna, A., Llauro-Serra, M., Lin, F., Rose, L., Rubulotta, F., Saager (...) European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) Trials Group Collaborators.(2021). Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubicUs study. *Intensive Care Med*. 47(2). pp.160-169. <https://doi:10.1007/s00134-020-06234-9>
- Ministério da Saúde (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final*. Ministério da Saúde. p.1-459. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional de segurança do Doente. Despacho nº1400-A/2015, Diário da República, 2ªsérie, nº28 de 10 de fevereiro; 3882-(8: 9) <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Ministério da Saúde (2015a). *Despacho n.º 5613/2015-Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020*. Diário da República, 2ªsérie, nº102 de 27 de maio. pp.13550- 13553. <https://dre.pt/application/file/67318639>

- Moreno, R.; Morais P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive Care Medicine*, 26(6), 640-644. <http://dx.doi.org/10.1007/s001340050387>
- Namigar, T., Serao, K., Esra, A., Özü, O., Can, O., Aysel, A., Achmet, A. (2017). Correlação entre a escala de sedação Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanil. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Abril.67(4). pp. 347-354. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2016.07.002>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão. Guia de Consulta Rápida.(edição Portuguesa)* Emily Haesler(Ed.). Cambridge Media. 2ª edição. ISBN: 978-989-98909-8-5. <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>
- Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R.,Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. maio/junho. 18 (3). pp. 170-180. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104990910101800308>
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Lusodidata. 2ª Edição. Outubro. ISBN: 978-989-8075-86-5
- Nunes, L. (2020 a). *Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem*. IPS, Departamento de Enfermagem. Junho. ISBN: 978-989-54837-0-9. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)
- Nunes, L. (2020) *E se eu não puder decidir?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Maio. ISBN: 978-989-9004-22-1
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Agosto. pp.1-240. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro\\_cj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015a) *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. Outubro. pp.1-112. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_2910\\_2015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem médico-cirúrgica: -na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros. 25 de novembro. pp. 1-38. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Diário da República. Regulamento nº429. 2ª Série- nº135, de 16 de julho, pp.19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica nº15: Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidade de Cuidados Intensivos/Seções de Medicina Intensiva*. Ordem dos Enfermeiros. Julho. pp.1-4. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15\\_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República. Regulamento nº 140/2019. 2ª Série- nº26 de 6 de fevereiro. pp.4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

- Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Diário da República. Regulamento nº 743/2019. 2ª série- Parte E, nº184, de 25 de setembro. pp. 128-155. <https://dre.pt/application/file/a/124970757>
- Ordem dos Enfermeiros (2020). *Parecer Do Conselho De Enfermagem e Mesa Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem Médico-Cirúrgica Nº02/2020- Rácios de Enfermeiros em Serviços de Medicina Intensiva - COVID*. Ordem dos Enfermeiros pp. 1-6. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2\\_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf)
- Ordem dos Médicos (2018). *Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva (DOFMI)- Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva*. Ordem dos Médicos. pp.1-9. <https://ordemosmedicos.pt/documento-orientador-de-formacao-em-medicina-intensiva-2018-dofmi-2018/>
- Organização das Nações Unidas (2020) Organização Mundial da Saúde declara novo Coronavírus uma pandemia. <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881>
- Organização Mundial da Saúde (2020). *Manual de Políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Organização Mundial da Saúde. ISBN: 978-92-4-000570-9(versão eletrónica). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Paiva, J. (sd). Bundles: a new language and a new methodology. *Direção Geral da Saúde*. [https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/jorn2015-japaiva\\_bundles\\_mesmo-7-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/jorn2015-japaiva_bundles_mesmo-7-pdf.aspx)
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Serviço Nacional de Saúde. Setembro. pp.1-87. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Peixoto, N., Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. nº11. outubro/novembro/dezembro. pp. 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

- Pfetscher, S. (2004). Enfermagem Moderna- Florence Nightingale. In Tomey, A. & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição p.73-93 .Lusociência- Edições Tecnicas e Cientificas, Lda
- Raynald Pineault, Carole Daveluy (1987) *La Panificación Sanitária — Conceptos, Métodos, Estratégias*, versão em espanhol, Masson, S.A., 1987, p. 61.
- Reid, U., Weller, B., (2010) Nursing Human Resources Planning and Management Competencies. International Council of Nurses, janeiro. [https://www.researchgate.net/publication/216055145\\_Nursing\\_Human\\_Resources\\_Planning\\_and\\_Management\\_Competencies](https://www.researchgate.net/publication/216055145_Nursing_Human_Resources_Planning_and_Management_Competencies)
- República Portuguesa (2020) Decreto nº2-A/2020. Regulamenta a aplicação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República. Diário da República, Série I- nº57, 1º suplemento de 20 de março. pp. 1-11. Acedido a 06/09/2021. <https://www.portugal.gov.pt/downloadficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAA AAAAABACzNDW2AADikq5SBAAAA%3d%3d>
- Rhodes, A., Evans, L., Alhazzani, W., Levy, M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J., Sprung, C. Nunnally, M., Rochweg, B., Rubenfeld, G., Angus, D., Annane, D., Beale, R., Bellinghan, G., Brenard, G., Chiche, J-D., Coopersmith, C.,(...) Dellinger, R. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*, 43(3). pp.304-377. [https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2017/03000/Surviving\\_Sepsis\\_Campaign\\_International.15.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2017/03000/Surviving_Sepsis_Campaign_International.15.aspx)
- Ribeiro, A. (2020). *Avaliação do risco de úlcera por pressão no doente crítico- Estudo comparativo entre a escala de Braden e a Escala Cubbin-Jackson* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/35655>
- Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. *Percursos*, nº15. janeiro-março. pp. 1-38. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Sackett, D. (1997). Evidence-based medicine. *Seminars in Perinatology*. 21(1) Fevereiro. pp. 3-5. <https://doi.org/10.1016/S0146-0005%2897%2980013-4>

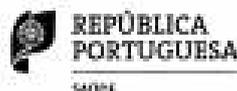
- Serrano, M., Méndez, M., Cebollero, F., Rodríguez, J. (2017). Risk factors for pressure ulcer development in Intensive Care Units: A systematic review. *Medicina intensiva*. 41. pp.339-346  
<https://doi.org/10.1016/j.medine.2017.04.006>
- Sessler, C., Gosnell, M., Grap, M., Brophy, G., O'Neal, P., Keane, K., Tesoro, E., Elswick, R. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. Novembro. 15. 166(10). pp.1338-1344.  
<https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.2107138>
- Singer, M., Deutschman, C., Seymour, C., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G., Chiche, J-D., Cooper-Smith, C., Hotchkiss, R., Levy, M., Marshall, J., Martin, G., Opal, S., Rubenfeld, G., Poll, T., Vincent, J-L., Angus, D. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 315(8). pp.801-810.  
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>
- Sousa B. (2013) Tradução, adaptação e validação para o português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 25(2), pp.106-114.  
[doi:10.5935/0103-507X.20130021](https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130021)
- Thim, T., Krarup, N., Grove, E., Rohde, C., Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*. Janeiro. 5, pp. 117-121.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/>
- Universidade de Évora (2015). *Apresentação do pedido corrigido- Novo ciclo de estudos- NCE/14/01772*. Universidade de Évora. NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos (ips.pt)
- University of Oxford (2021). Statistics and Research Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Site Our World in Data. Acedido a 06/09/2021. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- Vincent, J. & Moreno, R. (2010). Clinical Review: Scoring Systems in the critically ill. *Critical Care*, 14(2), 1-9. [http://doi.org/10.1186/cc8204](https://doi.org/10.1186/cc8204)

- World Health Organization (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Organização Mundial da Saúde. ISBN:978-92-4-150150-7. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507\\_eng.pdf;jsessionid=](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=)
- World Health Organization (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. Geneva. ISBN 978-92-4-003270-5. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- World Health Organization (2021a) Weekly Operational Update on COVID-19. Health Emergencies programme. P. 1-15. Acedido a 06/09/2021. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19---6-september-2021>
- Zhang Y., Zhuang Y., Shen J., Chen, X., Wen, Q., Jiang, Q., & Lao, Y.(2021) Value of pressure injury assessment scales for patients in the intensive care unit: Systematic review and diagnostic test accuracy meta-analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*. Junho, 64, 103009. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.103009>

**ANEXOS**

**ANEXO 1- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE E DO CONCELHO  
DE ADMINISTRAÇÃO DO CHUA**

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson



Informação

Número 063/2021

Data 14/04/2021

Serviço Remetente

Despacho superior:

Núcleo de Formação Investigação em Enfermagem – Centro Formação, Investigação e Conhecimento - Faro

Destinatário

Exmo. Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

*Apurado,*  
*J*  
20.04.2021  
Ana Castro  
Presidente do C.A. do Centro Hospitalar  
Universitário do Algarve, IPE

**Assunto:** Pedido de autorização para realização do estudo: Avaliação do Risco de Úlceras por Pressão: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin & Jackson

Trata-se de um Trabalho académico de Investigação conferente do grau de Mestre no âmbito do Mestrado em Enfermagem promovido pela Escola Superior de Saúde da Beja do Instituto Politécnico de Beja.

**Investigador Principal:** Isabel Margarida Fernandes Soeiro (Aluno)

**Orientador da Instituição de Ensino:** Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

**Tipo de Estudo:** prospetivo e observacional

**Recolha de Dados:** Aplicação de escalas de risco, Escala de Braden e Escala Revista de Cubbin & Jackson

**Local:** Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 CHUA – Unidade de Faro

**Calendário:** 01.04.2021 – 30.04.2021.

**Objetivos do Estudo:** Avaliar a relevância da aplicação da Escala revista Cubbin & Jackson na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Comparar os resultados obtidos em termos de previsibilidades de ocorrência de Úlceras por Pressão em ambas as escalas. Analisar a relevância das intervenções de Enfermagem preconizadas para o mesmo risco em ambas as escalas.

Mais se informa que o projeto tem a concordância do Diretor do Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes 1 Dr. Ignácio Moreno e o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde.

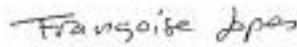
O processo encontra-se instruído com os seguintes documentos:

- 1) Parecer da Comissão de Ética para a Saúde;
- 2) Pedido de parecer a Comissão de Ética
- 3) Pedido de autorização para o Conselho de Administração;
- 4) Pedido de autorização para a Comissão de Ética para a Saúde;
- 5) Termos de responsabilidade (de Investigador/Aluno/Orientadores);
- 6) Termo de autorização local (Diretores Serviço/Chefias);
- 7) Curriculum Vitae do Investigador Principal/Aluno (e Outros);
- 8) Certidão de matrícula (se aplicável);

Página 1 de 2

- 9) Folha de rosto do estudo de investigação;
- 10) Proposta do estudo/Projeto;
- 11) Consentimento informado
- 12) Inquéritos/Questionários

Pede deferimento



Françoise Lopes (PhD)  
Enfermeira Gestora NFIE

para ▾ Categorizar ▾ Suspender ▾ Anular ...

## Pedido de autorização para publicação +

Para: Isabel Margarida Fernandes Soeiro  
Cc: Unidade Apoio Investigacao -Unidade Faro; CFIC-NFIE Formacao em Serviço **Mais 1 pess**

Cara Isabel,

Dado que o seu projeto e consequente identificação do Serviço e do CHUA, já foi previamente submetido, avaliado e autorizado pela Comissão de Ética e pelo nosso CA, poderá ser mencionado. Todavia devo alertar para o facto, de que o depósito em repositório das publicações que conferem grau académico (ex: teses de mestrado ou doutoramento), estar protegido por legislação específica que, concede este direito às instituições de ensino superior, ou seja, a instituição de ensino deposita ou não (algumas só depositam/divulgam teses a partir de determinado valor obtido na avaliação final) no seu repositório institucional, que normalmente se encontra indexado ao RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal), os critérios de divulgação (open acess ou não) são também definidos pelas mesmas. Assim, sugiro que consulte também a sua instituição académica neste sentido.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.  
Com os melhores cumprimentos,  
Angela Mota

*Centro de Investigação e Documentação – Departamento Ensino, Inovação e Investigação (DEII)*

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO ALGARVE - Rua Leão Penedo | 8000-386 Faro | Portugal - Tel. 289 891 238 | Ext 13553  
DEFINIR ANTES DE IMPRIMIR

**ANEXO 2- CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA “AVALIAÇÃO  
DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE UPP NA PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA”**

REPUBLICA PORTUGUESA

SNS

HOSPITAL CUBBIN & JACKSON

## Plano da sessão de formação

Enfermagem | Formação em Serviço

19/07/2021 – 14H  
Via Microsoft Teams

### AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO (UPP) NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - COMPARAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN COM A ESCALA CUBBIN&JACKSON

UCIP1 - 2021

#### Objetivos

Apresentação do estudo “Avaliação do risco de UPP na PSC – Comparação da Escala de Braden com a Escala Cubbin&jackson”

#### Destinatários

Equipa de Enfermagem UCIP1

#### Formadores

Isabel Soeiro (Aluna do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em EMC, a Pessoa em Situação Crítica)

#### Conteúdos programáticos

- Conceito e classificação das UPP;
- Fatores de risco para o desenvolvimento de UPP;
- Escala de Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP – Projeto de Intervenção;
- Intervenções de Enfermagem associadas à prevenção de UPP.

#### Resultados esperados

- Diminuir a taxa de incidência de UPP na UCIP 1

#### Métodos pedagógicos e outros recursos

- Via Microsoft Teams

**ANEXO 3- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO «ENFERMAGEM:  
REFLETIR A PANDEMIA, PERSPETIVAR O FUTURO»**



**ANEXO 4- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO «VII CONGRESSO  
INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS:  
E DE REPENTE...TUDO MUDOU»**



**ANEXO 5- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CURSO «IMPLEMENTAÇÃO DA  
EVIDÊNCIA CIENTÍFICA»**

# WEBINAR

## IMPLEMENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA

### CERTIFICADO

Certifica-se que **Isabel Margarida Fernandes Soeiro** participou no *Webinar “Implementação da Evidência Científica nos Contextos da Prática Clínica Especializada”*, organizado pela Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu no dia 23 de novembro de 2020, num total de 2 horas.

Coimbra, 23 de novembro de 2020



PELA COMISSÃO ORGANIZADORA

Assinado por: **MARIA ARMINDA DA SILVA TAVARES**  
Num. de Identificação: BI115664106

**ARMINDA TAVARES**  
VICE-PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA AEEEMC



ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Polo A | Avenida Bísaya Barrêlo 3000-075 Coimbra  
NIF: 502.070.420 | Tel: +351 926.882.860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com

**ANEXO 6- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CURSO «UTILIZAÇÃO DE  
FERRAMENTAS DE APOIO À INVESTIGAÇÃO»**

# WEBINAR

## UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS DE APOIO À INVESTIGAÇÃO

### CERTIFICADO

Certifica-se que **Isabel Margarida Fernandes Soeiro** participou no *Webinar “Utilização de ferramentas de apoio à Investigação”*, organizado pela Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu no dia 7 de dezembro de 2020, num total de 2 horas.

Coimbra, 7 de dezembro de 2020



2020  
INTERNATIONAL YEAR  
OF THE NURSE AND  
THE MIDWIFE

PELA COMISSÃO ORGANIZADORA

Assinado por: **MARIA ARMINDA DA SILVA TAVARES**  
Num. de Identificação: BI115664106

**ARMINDA TAVARES**  
VICE-PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA AEEEMC

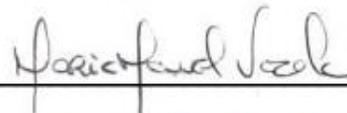


**ANEXO 7- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO «WORKSHOP:  
MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA**

# CERTIFICADO

Certificamos que **Isabel Margarida Fernandes Soeiro** participou no **Workshop Monitorização Hemodinâmica**, que se realizou no dia 20 janeiro de 2021, com um total de 2 horas, realizado pela **Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos**.

Lisboa, 20 de janeiro de 2021



Maria Manuel Varela  
Vice-Presidente SPCI

**ANEXO 8- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO «XII FÓRUM  
INTERNACIONAL DE FERIDAS E ÚLCERAS»**



## **Declaração Comprovativa de Frequência Formativa**

Para os fins convenientes se declara que **Isabel Margarida Fernandes Soeiro**, portador(a) do documento de identificação com o número **10087408**, frequentou, como formando(a), o **XII Fórum Internacional de Úlceras e Feridas**, via **Live Streaming**, promovido pela **ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas** e pelo **Centro de Estudos e Investigação em Feridas**. O Fórum Internacional, também **certificado pela EWMA**, decorreu nos dias **07 e 08 de maio**, detendo a duração de 20 horas, conforme Plano Curricular.

08 de maio de 2021

**ELCOS**  
**Sociedade Portuguesa de Feridas**

Kátia Furtado  
(Presidente)

Certificado nº 454 XII FI - 2021

**ANEXO 9- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO «STOP UPP»**



**ANEXO 10- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO  
«XXIII CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM INTENSIVA E  
II CONGRESSO INTERNACIONAL IBÉRICO DE  
ENFERMAGEM INTENSIVA»**

Título | Avaliação do risco de Úlceras por pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson



**ANEXO 11- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO  
«CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONTROLO DE INFECÇÃO»**

# Congresso Internacional de Controlo de Infeção

25 e 26 de março

2021



## Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

**Isabel Margarida Fernandes Soeiro**

Participou no **Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2021**

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 25 e 26 de março de 2021,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 29 de março de 2021

A Presidente do Congresso  
**Margarida Ferreira**

O Diretor da Entidade Formadora  
**Josué Morais**



**ANEXO 12- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO**  
**«WORLD SEPSIS CONGRESSO 2021»**

WORLD SEPSIS CONGRESS 2021 –  
ADVANCING PREVENTION, SURVIVAL, AND  
SURVIVORSHIP OF SEPSIS AND COVID-19

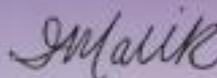
# Certificate

Isabel Soeiro

participated in the  
World Sepsis Congress 2021  
April 21-22, 2021



Niranjan 'Tex' Kissoon  
Program Chair and President CSA



Irvana Malik  
Program Chair and CSA EC Member



Global  
Sepsis  
Alliance

The World Sepsis Congress 2021 –  
Advancing Prevention, Survival, and  
Survivorship of Sepsis and COVID-19  
is organized  
by the Global Sepsis Alliance,  
initiator of World Sepsis Day  
and World Sepsis Congress.

September | World  
13 | Sepsis  
2021 | Day

**ANEXO 13- COMUNICAÇÃO LIVRE «A PRESENÇA DA FAMÍLIA NA  
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR- A PERSPETIVA DO ENFERMEIRO»  
NO CONGRESSO «XXIII CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM  
INTENSIVA E II CONGRESSO IBÉRICO INTERNACIONAL DE  
ENFERMAGEM INTENSIVA»**



**ANEXO 14- COMUNICAÇÃO LIVRE «SIMULAÇÃO EM CATÁSTROFE:  
QUE CONTRIBUTOS?» NO CONGRESSO «XXIII CONGRESSO NACIONAL DE  
ENFERMAGEM INTENSIVA E II CONGRESSO IBÉRICO INTERNACIONAL  
DE ENFERMAGEM INTENSIVA»**

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson



## APÊNDICES

**APÊNDICE 1- PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO /  
DOCUMENTOS ENTREGUES NO CFIC DO CHUA**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Instituto Politécnico de Beja

Escola Superior de Saúde

4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - 2019-2021

Unidade Curricular: Estágio Final

# AVALIAÇÃO DO RISCO DE Úlceras POR PRESSÃO: COMPARAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN COM A ESCALA REVISTA CUBBIN & JACKSON

Docente:

Prof. Dr. Adriano Pedro

Enfermeira Especialista Supervisora Clínica:

Enfermeira especialista

Discente:

Isabel Margarida Fernandes Soeiro nº  
19743

Março

2021

Instituto Politécnico de Beja  
Escola Superior de Saúde

4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - 2019-2021  
Unidade Curricular: Estágio Final

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO:  
COMPARAÇÃO DA ESCALE DE BRADEN COM A  
ESCALA REVISTA CUBBIN & JACKSON**

Docente:  
Prof. Dr. Adriano Pedro

Enfermeira Especialista Supervisora Clínica:  
Enfermeira especialista

Discente:  
Isabel Margarida Fernandes Soeiro  
nº 19743

**Março  
2021**

## **LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS**

C&J- Cubbin and Jackson

CHUA- Centro hospitalar Universitário do Algarve

DGS- Direção Geral da Saúde

EMC-PSC- Enfermagem Médico.Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica

PPCIRA- Programa de prevenção e controlo de infeção e resistência dos antimicrobianos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos

UPPs- Úlceras por Pressão

Índice

INTRODUÇÃO.....	130
1 - FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	131
2- METODOLOGIA.....	133
2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	133
2.3- POPULAÇÃO ALVO / CONTEXTO CLÍNICO.....	133
BIBLIOGRAFIA.....	135

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio Final, inserida no 2º ano do 4º Mestrado em Enfermagem em Associação, na especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC] a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes [UCIP] do Centro Hospital Universitário do Algarve [CHUA] será realizado implementado um Projeto de Intervenção Profissional.

Identificada a necessidade de aplicação de uma escala de avaliação do risco de Úlceras pressão [UPP] que mais se adequasse ao doente crítico e após reunião com Enfermeira supervisora clínica, Enfermeira Coordenadora da UCIP e Professor Orientador, surge a necessidade de elaborar este documento com o propósito de submissão ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento do CHUA, EPE - Unidade de Faro para obtenção de autorização da sua implementação.

Este documento é constituído por dois capítulos, o primeiro onde se faz uma breve fundamentação da escolha do tema. No segundo capítulo serão plasmados os objetivos e atividades a desenvolver.

## **1 – FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

Em pleno século XXI as Úlceras por pressão [UPP] continuam a ser um importante problema de saúde que afeta todos os doentes em todos os níveis de cuidados, e com particular relevância nas unidades de cuidados intensivos. (Garcia-Fernandez, F., Hidalgo, P., Agreda, J., Torres, M., 2013). Segundo um estudo de prevalência que decorreu em 1117 UCI em 90 países envolvendo 13254 doentes adultos é identificada uma taxa de prevalência de UPP adquiridas em UCI de 16,2% (Labeau, S., Afonso, E., Benbenishty, et al, 2021). De referir ainda que doentes com UPP apresentam internamentos mais longos e maior número de readmissões o que representa um maior consumo de recursos para o sistema de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011)

Torna-se então importante que se aposte na prevenção, ainda mais que cerca de 95% das UPP podiam ter sido evitadas. Então, o primeiro passo para a prevenção, é a avaliação do risco com o objetivo de identificar os doentes que necessitam de atenção especial e quais o fatores que os colocam em maior risco (Garcia-Fernandez, F., Hidalgo, P., Agreda, J., Torres, M., 2013; DGS, 2011)

Segundo orientação da DGS, a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP deve ser avaliada em todos os contextos clínicos e em todos os doentes, independentemente das suas necessidades de cuidados, nas primeiras 6 horas após a admissão (DGS, 2011). Esta orientação diz ainda, que para esta avaliação do risco deve ser utilizada a escala de Braden e instrumento de avaliação da pele e no caso dos cuidados intensivos esta deve ser aplicada a cada 24h (DGS, 2011).

Segundo Sousa (2013) que conduziu um estudo de comparação da escala de Braden com a escala revista Cubbin & Jackson [C&J] e a escala Sunderland concluiu que a escala revista C&J conseguiu melhores valores preditivos globais de desenvolvimento de UPP em doentes de cuidados intensivos, pelo que deve ser a escolha de eleição em Unidades de Cuidados Intensivos.

A escala C&J foi desenvolvida por 2 enfermeiras de cuidados intensivos em 1991 e revista em 1999 com o objetivo de procurar uma ferramenta de suficientemente detalhada mas ao mesmo tempo rápida e simples de aplicar (Jackson, 1999).

## **2- METODOLOGIA**

A metodologia de projeto é a utilizada para a concretização deste plano, pois visa a resolução de problemas reais permitindo prever uma mudança. Este método permite compreender a realidade, planejar uma ação mais direta e orientada para melhorar essa realidade (Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L., 2010). Esta metodologia é constituída pelas seguintes etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados.

### **2.1- Objetivo geral**

- ✓ Propor a aplicação da Escala Revista C&J na UCIP

### **2.2- Objetivos específicos**

- ✓ Aplicar concomitantemente as escalas de Braden e C&J no período de 1 a 30 de Abril.
- ✓ Comparar os resultados obtidos em termos de previsibilidades de ocorrência de UPP.
- ✓ Analisar as intervenções de enfermagem preconizadas para o mesmo grau de risco em ambas as escalas.

### **2.3- População Alvo / Contexto clínico**

Todos os doentes entrados de 1 a 30 de abril na UCIP e UCIP Covid

## 2.4- Cronograma

Atividades Meses	Mar	Abril	Mai	Jun.	Julho
Elaboração dos pedidos de autorização	X				
Pesquisa bibliográfica	X	X			
Aplicação da escala de Braden e da escala revista C&J na UCIP		X			
Recolha de dados nos processos dos doentes		X	X		
Análise dos resultados obtidos			X		
Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem da UCIP				X	
Avaliação do projeto				X	
Elaboração de proposta de aplicação da escala revista C&J na UCIP					X

## BIBLIOGRAFIA

- DGS (2011) *Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Orientação nº17 de 19 de maio 1-10 [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)
- Garcia-Fernandez, F., Hidalgo, P., Agreda ,J., Torres, M. (2013) *Risk assessment scales for pressur ulcere in intensive care units: A systematic review with meta-analysis*. *Ewma Journal* Vol 13, nº2, 7-13 <http://ewma.org/english/publications/ewma-journal/latest-issues.html>
- Jackson, C. (1999) *The Revised Jackson/ Cubbin Pressure Area Risk Calculator*. *Intensive and critical care nursing* nº15. Harcourt Publishers, Ltd. 169-175 [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(99\)80048-2](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(99)80048-2)
- Labeau, S., Afonso, E., Benbenishty, J., Blackwood, B., Boulanger, C., Brett, S., Calvino-Gunther, S., Chaboyer, W., Coyer, F., Deschepper, M., François, G., Honore, P., Jankovic, R., Khanna, A., Llaurodo-Serra, M., Lin, F., Rose, L., Rubulotta, F., Saage,r L., Williams, G., Blot, S.; DecubICUs Study Team; European Society of Intensive Care Medicine, Trials Group Collaborators. (2021) *Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study*. *Intensive Care Med.* Feb;47(2):160-169. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33034686/>
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. *Revista Percursos*. Nº 15. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Sousa, B. (2013) *Tradução, adaptação e validação para o português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson* *Revista Brasileira Terapia Intensiva* nº25(2)106-114 <http://hdl.handle.net/10400.17/1459>

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson

Reduzir



Exmo(a) Senhor(a)  
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Assunto: Estudo de investigação- Avaliação do risco de Úlceras Por Pressão no doente crítico:  
Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin & Jackson

Isabel Margarida Fernandes Soeiro, na qualidade de aluna, vem por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para realizar no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E., o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 22/03/21

Assinatura

Isabel Soeiro

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson



Trabalho académico de investigação: Avaliação do risco de Úlceras Por Pressão no doente crítico:  
Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin & Jackson

Isabel Margarida Fernandes Soeiro, na qualidade de aluna, comprometo-me a executar o Trabalho académico de investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição.

Mais me comprometo a informar o Centro Hospitalar Universitário do Algarve de todas as comunicações, apresentações e publicações respeitantes ao estudo supra identificado, através do endereço de correio eletrónico [unidade.investigacao@ch.algarve.mir.saude.pt](mailto:unidade.investigacao@ch.algarve.mir.saude.pt).

Data 22/03/21

Assinatura

Isabel - Soeiro



Trabalho académico de investigação- Avaliação do risco de Úlceras Por Pressão no doente crítico:  
Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin & Jackson

Adriano Pedro, na qualidade de Professor Orientador, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar o aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da Instituição.

Data 22/03/2021

Assinatura ADRIANO DE JESUS MIGUEL DIAS PEDRO

Assinado de forma digital por ADRIANO DE JESUS MIGUEL DIAS PEDRO  
- 0625673021.03.22  
092817 Z

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson



Trabalho académico de investigação- Avaliação do risco de Úlceras Por Pressão no doente crítico:  
Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin & Jackson

na qualidade Enfermeira Supervisora Clínica no CHUA, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar o aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

Data 22/3/2021

Assinatura



Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson



Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

Assunto: Estudo de investigação- Avaliação do risco de Úlceras Por Pressão no doente crítico:  
Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin & Jackson

na qualidade de Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados intensivos Polivalentes 1, declaro que dou parecer autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 23/03/2021

Assinatura

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson

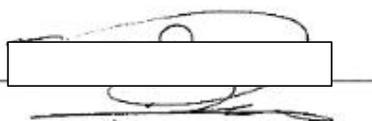


Assunto: Estudo de Investigação- Avaliação do risco de Úlceras Por Pressão no doente crítico:  
Comparação da Escala de Braden coma Escala Revista Cubbin & Jackson

[Redacted], na qualidade de Diretor de Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes 1, declaro que dou parecer autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data: 23/03/2021.

Assinatura



**APÊNDICE 2- DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DA FORMATIVA «AVALIAÇÃO DO  
RISCO DE UPP NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: COMPARAÇÃO DA  
ESCALA DE BRADEN COM A ESCALA REVISTA CUBBIN&JACKSON»**



### Introdução

- ▶ As UPP continuam a afetar um grande nº de pessoas em todos os níveis de cuidados
- ▶ Em UCI a taxa de prevalência ronda 16,2% (Labeau,2021)
- ▶ AS UPP impactam na qualidade de vida das pessoas:
  - ▶ Aumentando a prevalência das infeções;
  - ▶ Aumentando o sofrimento da pessoa/cuidador/família
  - ▶ Obrigando a maior nº de readmissões e internamentos mais longos (DGS,2011)
- ▶ Plano Nacional de Segurança do Doente 2015/2020 (Min Saúde, 2015)

**"Prevenir ocorrência de Úlceras de Pressão"**



## 1. Conceito

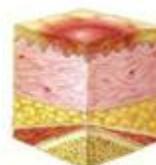
“Uma úlcera de pressão é uma lesão localizada, da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.”

(NPUAP, EPUAP, PPIA, 2014)

## 2. Classificação

### Categoria I- Eritema Não branqueável

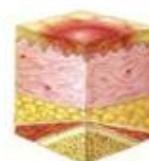
- ▶ Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele da área circundante.
- ▶ A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Pode ser indicativo de pessoa “em risco”



(NPUAP, EPUAP, PPIA, 2014)

### Categoria I- Eritema Não branqueável

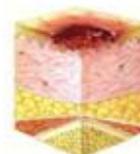
- ▶ Nesta categoria o objetivo do tratamento é:
  - ▶ Reparação da pele
  - ▶ Restauração do crescimento capilar



(NPUAP, EPUAP, PPRA, 2014)

### Categoria II- Perda parcial da espessura da pele

- ▶ Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso.
- ▶ Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem tecido desvitalizado ou equimose.



(NPUAP, EPUAP, PPRA, 2014)

### Categoria III- Perda total da espessura da pele

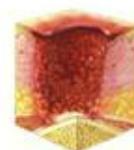
- ▶ Perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões e músculos não estão expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Podem ser cavitadas e fistulizadas.
- ▶ A profundidade de uma úlcera varia com a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo e as úlceras de categoria III podem ser superficiais. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras por pressão categoria III extremamente profundas.



(NPUAP, EPUAP, PPRA, 2014)

#### Categoria IV- Perda total da espessura da pele

- ▶ Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou dos músculos. Em algumas partes do leito da ferida, pode aparecer tecido desvitalizado (húmido) ou necrose (seca). Frequentemente são cavitadas ou fistulizadas.
- ▶ A profundidade de uma úlcera varia com a localização anatômica. Uma úlcera categoria IV pode atingir o músculo e/ou as estruturas de suporte (fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando possível a osteomielite.



(NPUAP, EPUAP, RPPIA, 2014)

#### Não graduáveis/ Inclassificáveis: Profundidade indeterminada

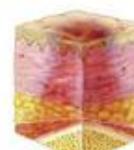
- ▶ Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzento, verde) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida.
- ▶ Até que seja removido tecido desvitalizado suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade, ou seja a verdadeira categoria, não podem ser determinados.
- ▶ **Um tecido necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como "pensa(biológico) natural" e não deve ser removido.**



(NPUAP, EPUAP, RPPIA, 2014)

#### Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade indeterminada

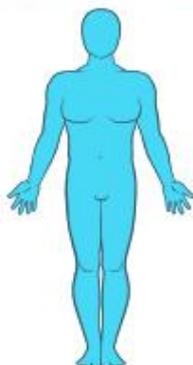
- ▶ Área vermelha escura ou purpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento.
- ▶ A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escura. A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura. A ferida pode evoluir ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico.



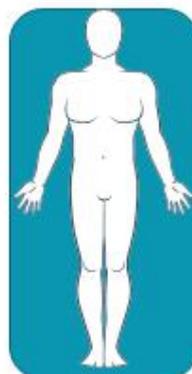
(NPUAP, EPUAP, RPPIA, 2014)

### 3. Fatores de risco para o desenvolvimento de UPP

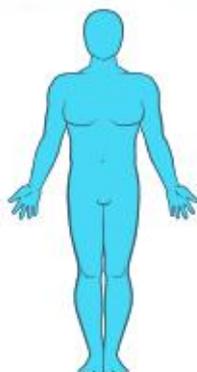
#### Fatores Intrínsecos



#### Fatores Extrínsecos



#### Fatores Intrínsecos

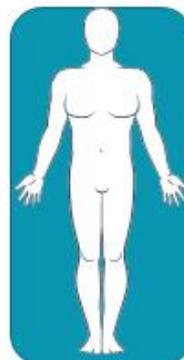


- Idade
- Mobilidade
- Diabetes Mellitus
- Depressão
- Redução da imunocompetência
- Perfusão pobre de oxigênio

(Ferreira, Miguéns, Gouveia, Furtado, 2007)

### Fatores Extrínsecos

- ▶ Pressão
- ▶ Fricção
- ▶ Forças de deslizamento
- ▶ Humidade excessiva
- ▶ Medicação



(Ferreira, Miguéns, Gouveia, Furtado, 2007)

### 3.1- Fatores de risco e avaliação do risco

- ▶ Os fatores de risco mais comumente identificados em UCI são:
  - ▶ A idade,
  - ▶ O tempo de permanência na UCI,
  - ▶ A presença de Diabetes,
  - ▶ O tempo de permanência com MAP <60-70 mmHg,
  - ▶ A ventilação mecânica,
  - ▶ A técnica dialítica contínua ou intermitente,
  - ▶ A utilização de medicamentos vasoativos ou sedativos
  - ▶ A imobilidade.

(Simone, 2017)

### 3.2- Recomendações e declaração de boa prática- Avaliação do risco de UPP

- ▶ Considerar pessoas com mobilidade reduzida, atividade limitada e potencial elevado de fricção com risco de desenvolver UPP **A ↑↑**
- ▶ Considerar pessoas com UPP Categoria I em risco de desenvolver UPP categoria 2 ou superior **A ↑↑**
- ▶ Considerar o impacto da Diabetes Mellitus no risco de desenvolvimento de UPP **A ↑↑**
- ▶ Considerar o impacto dos fatores de risco adicionais de desenvolvimento de UPP : Duração do internamento em cuidados intensivos, ventilação mecânica, uso de terapêutica vasopressora e Score APACHE II **DBP**

(EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019)

### 3.3- Recomendações e declaração de boa prática- Avaliação da Pele e Tecidos

- ▶ Inspeccionar a pele das pessoas para despistar a presença de eritemas **A ↑↑**
- ▶ Diferenciar sinais de eritema branqueável e não branqueável e avaliar extensão **B1 ↑↑**
- ▶ Efetuar avaliação completa da pele e tecidos em todas as pessoas em risco de desenvolver UPP: **DBP**
  - ▶ Após admissão/ transferência de serviço
  - ▶ Antes da alta clínica
  - ▶ Frequência determinada pelo grau de risco

(EPLIAP, NPIAP, PPIPA, 2019)

## 4. Escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de UPP

### 4.1- Escala de Braden

### 4.2- Escala Revista Cubbin&Jackson

#### 4.1- Escala de Braden

- ▶ É composta por seis sub-escalas que avaliam as seguintes dimensões: percepção sensorial; humidade; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e forças de deslizamento.
- ▶ A cada sub-escala é atribuída uma pontuação que varia de 1 a 4, sendo que o somatório das 6 dimensões pode variar entre 6 e 23,
- ▶ Considera a existência de dois níveis de risco: alto risco com valor final  $\leq 16$  e baixo risco com valor final  $\geq 17$ .

(DGS, 2011)

# Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Nome do Paciente	Nome do avaliador	Data	Hora
1. Condição geral do paciente	2. Atividade	3. Estado de consciência	4. Estado de hidratação
5. Estado de nutrição	6. Estado de pele	7. Estado de circulação	8. Estado de temperatura
9. Estado de higiene	10. Estado de mobilidade	11. Estado de continência	12. Estado de percepção

Nota: Cada item é avaliado de 1 a 4. Pontuação total varia de 12 a 48.

(DGS, 2011)

## 4.2- Escala Revista Cubbin&Jackson

- ▶ Avalia 12 dimensões: idade; peso; antecedentes pessoais; pele; estado de consciência; mobilidade; estado hemodinâmico; respiração; necessidade de oxigênio; nutrição; incontinência e higiene.
- ▶ A cada item é atribuído uma pontuação que varia de 1 a 4 sendo que o somatório das 12 dimensões varia entre 12 e 48
- ▶ Considera a existência de dois níveis de risco: alto risco com valor final  $\leq 29$  e baixo risco com valor final  $>29$ .

(Souza, 2013)

Idade	Peso	Antecedentes Pessoais	Pele	Estado de Consciência	Mobilidade						
<40	Normal	Normal	Sã	Acordado e alerta	Desperta com ajuda						
40-55	Obesidade	Moderados	Eritema, Prurido, perda de continuidade	Apático, Irradiado, Confuso	Muito Limitado, Levanta para cadeira						
55-70	Capazes	Graves	Alcunha (Erosão) (Superficial)	Sedado/Alto ou mais reativo	Imóvel mas tolera posicionamento						
>70	Qualquer dos itens acima	Edema, Anorexia	Necrose (Escarada) (Profunda)	Coma/Alto responder (Sedado e Curatado)	Não tolera posicionamento, Totalmente dependente/ Dependente Ventral						
Estado Hemodinâmico		Respiração		Necessidade de Oxigênio		Nutrição		Incontinência		Higiene	
Estável sem suporte de hidratação	4	Expendida	4	0-40% Estável à hipotensão	4	Dieta completa	4	Contínua, Anúria, Cãibras, Vessal	4	Independente	4
Estável com suporte de hidratação	3	Cinam Tube em T	3	40%-70% Estável à hipotensão	3	Dieta Líquida, Dieta Entérica	3	Incontinência Urinária, Sudores Profusas	3	Sem-Dependente	3
Instável sem suporte de hidratação	2	Ventilação Mecânica	2	40%-70% Instável Demora à reperfusão	2	Nutrição Parentérica	2	Incontinência Fecal / Diarreia ocular	2	Muito Dependente	2
Instável com suporte de hidratação	1	Exatidão Respiratória	1	Comunicação anóxica Demora à reperfusão	1	Aparos Sistêmica	1	Incontinência Urinária e Fecal / Diarreia Prostrada	1	Completamente Dependente	1

Nota: Se 1 ponto: Doente operado nos últimos 48h. Se necessita de hemodinâmica. Se em hipotermia.

### Classificação dos Antecedentes Pessoais

1	2	3	4
1. Nenhum	2. Nenhum	3. Nenhum	4. Nenhum
1. Nenhum	2. Nenhum	3. Nenhum	4. Nenhum
1. Nenhum	2. Nenhum	3. Nenhum	4. Nenhum
1. Nenhum	2. Nenhum	3. Nenhum	4. Nenhum

(Souza, 2013)

## 5. Projeto de intervenção

Avaliação do risco de úlceras por pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala revista Cubbin & Jackson

### 5.1- Justificação do estudo



### 5.2- Considerações éticas

- ▶ O projeto de intervenção foi autorizado pelo Serviço, pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética do CHUA

### 5.3- Objetivos

- ▶ Analisar a relevância da aplicação da Escala Revista C&J na UCIP como preditiva do desenvolvimento de UPP
- ▶ Comparar os resultados obtidos em termos de previsibilidades de ocorrência de UPP de ambas as escalas.
- ▶ Analisar a relevância das intervenções de enfermagem preconizadas para o mesmo grau de risco em ambas as escalas.

### 5.4- Metodologia

- ▶ Foram aplicadas na UCIP e UCIP Covid a Escala de Braden e a Escala Revista C&J de 01 a 30 de abril de 2021
- ▶ Ambas as escalas foram aplicadas diariamente pelo enfermeiro responsável de cada doente, procedimento agendado para as 11h do turno da manhã
- ▶ As intervenções de enfermagem aplicadas a cada doente tiveram em conta os resultados da Escala de Braden, independentemente dos resultados da Escala Revista C&J

### 5.4- Metodologia

- ▶ Os doentes incluídos neste estudo obedeceram aos seguintes critérios:
  - ▶ >18 anos
  - ▶ Sem UPP na admissão
  - ▶ Internamento >24h
- ▶ Foram também excluídos 4 doentes por não terem sido realizados quaisquer registos numa ou noutra escala
- ▶ Amostra em estudo n=28

#### 5.4- Metodologia

- Foram analisados 4 momentos de aplicação das escalas
  - 1º dia
  - 5º dia
  - 10º dia
  - 15º dia

#### 5.5- Apresentação de dados - Caracterização da população

- Género
  - Masculino 54%(15)
  - Feminino 46%(13)
- Idade
  - Média- 59,7
  - Mínimo- 23
  - Máximo- 85

n=28

#### 5.5- Apresentação de dados

- Diagnóstico de internamento
  - Covid- 46%
- Média de dias de internamento
  - 7,9 dias
- Prevalência de UPP
  - 10,7%

### 5.5- Apresentação de dados

- UPP identificadas
  - categoria I - associadas a dispositivos médicos (2)
  - Categoria II- localizada na zona sacrococcigea (1)
- Tempo de aparecimento em dias das UPP
  - 5º, 11º e 15º dias

### 5.6- Resultados- Escala de Braden

	N	Mínimo	Máximo	Média
Valor da escala de Braden 1º dia	28	8	21	13,57
Valor da escala de Braden 3º dia	19	7	20	13,84
Valor da escala de Braden 10º dia	12	6	15	11,17
Valor da escala de Braden 15º dia	6	6	14	10,67

Tabela 1- Estatística descritiva para os valores de Braden para o 1º, 3º, 10º e 15º dia

### 5.6- Resultados- Escala Revista C&J

	N	Mínimo	Máximo	Média
Valor da escala Cubbin&Jackson 1º dia	21	22	38	31,10
Valor da escala Cubbin&Jackson 3º dia	19	20	40	32,11
Valor da escala Cubbin&Jackson 10º dia	9	21	35	27,11
Valor da escala Cubbin&Jackson 15º dia	6	19	37	28,33

Tabela 2- Estatística descritiva para os valores da escala Revista C&J para o 1º, 3º, 10º e 15º dia

## 5.6- Resultados

	Escala de Braden				Medida	Escala Revista C&J				Medida
	10/25	15/15	10/15	15/15		10/22	15/12	10/12	15/12	
Sensibilidade	0%	100%	100%	100%	75%	0%	0%	0%	100%	25%
Especificidade	75%	27%	0%	0%	25,6%	63%	83%	44%	44%	58,8%
Valor Preditivo Positivo	0%	7,1%	8,1%	16%	7,8%	0%	0%	0%	25%	6,25%
Valor Preditivo Negativo	100%	100%	0%	0%	80%	100%	93%	100%	100%	98,25%

Tabela 3- Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo para ambas as escalas

## 5.7- Conclusão

- ▶ Escala Revista C&J é mais específica para doentes críticos mas menos sensível do que a Escala de Braden
- ▶ Escala Revista C&J identifica melhor os doentes sem risco de desenvolver UPP

## 5.7- Conclusão

- ▶ Os resultados vão de encontro a estudos nacionais e internacionais que indicam que a Escala Revista C&J é mais específica para doentes críticos mas menos sensível do que a Escala de Braden
- ▶ Os resultados encontrados na literatura não são suficientes para promover uma mudança
- ▶ Todos sugerem estudos mais rigorosos, com abrangência em varias tipologias de cuidados intensivos

(Sousa, 2013; Higgins, 2020; Adibelli, 2019; Delawder, 2021)

## 6. Intervenções de enfermagem na prevenção de UPP

- 5.1- Cuidados preventivos à pele
- 5.2- Nutrição na prevenção de UPP
- 5.3- Reposicionamento e mobilização precoce
- 5.4- UPP no calcanhar
- 5.5- UPP associados a dispositivo médicos
- 5.6- Superfícies de suporte

### 6.1- Cuidados preventivos à pele

- Manter a pele limpa e seca **B2↑↑**
- Limpar a pele imediatamente após episódios de incontinência **B2↑↑**
- Evitar uso de sabonetes ou produtos alcalinos **B2↑↑**



(EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019)

### 6.1- Cuidados preventivos à pele

- Proteger a pele da humidade com produtos barreira **B2↑↑**
- Usar aposito de silicone suave com multiplas camadas **B1↑↑**



(EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019)

## 6.2- Nutrição na prevenção de UPP

- Fazer rastreio nutricional a todas as pessoas em risco de UPP **B1↑↑** (EPUAP, NPIAP, PPRIA, 2019)

- NRS2002 deve ser realizada nas 1<sup>as</sup>48h

(Ministério da Saúde, 2019)

Parâmetros de identificação de risco nutricional no adulto - Parâmetros NRS 2002

**Identificação de risco nutricional NRS 2002**

1. CUIDO = 0-10

2. Estado nutricional atualizado

3. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

4. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

5. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

6. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

7. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

8. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

9. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

10. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

11. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

12. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

13. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

14. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

15. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

16. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

17. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

18. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

19. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

20. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

21. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

22. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

23. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

24. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

25. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

26. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

27. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

28. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

29. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

30. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

31. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

32. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

33. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

34. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

35. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

36. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

37. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

38. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

39. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

40. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

41. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

42. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

43. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

44. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

45. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

46. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

47. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

48. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

49. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

50. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

51. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

52. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

53. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

54. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

55. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

56. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

57. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

58. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

59. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

60. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

61. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

62. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

63. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

64. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

65. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

66. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

67. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

68. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

69. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

70. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

71. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

72. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

73. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

74. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

75. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

76. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

77. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

78. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

79. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

80. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

81. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

82. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

83. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

84. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

85. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

86. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

87. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

88. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

89. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

90. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

91. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

92. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

93. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

94. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

95. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

96. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

97. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

98. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

99. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

100. Estado nutricional atualizado no último dia anterior ao diagnóstico

(Ministério da Saúde, 2019)

## 6.2- Nutrição na prevenção de UPP

- Efetuar avaliação rigorosa a todas as pessoas identificadas com risco nutricional ou com risco de UPP **B2↑↑**
- Implementar uma abordagem individualizada para todas as pessoas com UPP ou em risco de a desenvolver **B2↑↑** (EPUAP, NPIAP, PPRIA, 2019)

**NUTRIC Score\***

É o sistema de pontuação NUTRIC de consenso para quantificar o risco de desfechos críticos adversos em pacientes críticos internados em UTI, com base em parâmetros facilmente disponíveis no exame nutricional rotineiro. A pontuação de 0-10 é baseada em 3 critérios nutricionais básicos. O sistema de pontuação é apresentado nos tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Critérios NUTRIC Score

Parâmetro	Pontuação	Ponderação
idade	>65	1
	≤65	0
APACHE II	>10	2
	≤10	0
SOFA	>2	1
	≤2	0
WBC (leucócitos)	>12	1
	≤12	0
Dieta de referência antes de admissão à UCI	>1	1
	≤1	0
S.A.	≥1000	1
	<1000	0

Tabela 2. Sistema de pontuação NUTRIC Score. S.A. Sepsis

Pontuação	Risco	Exatidão
0-4	Pontuação Baixa	Associação a prazo realçado (risco aumentado, verificação)
5-6	Pontuação Média	Esses pacientes têm maior probabilidade de beneficiar de uma terapia nutricional agressiva
7-10	Pontuação Alta	Esses pacientes apresentam baixo risco nutricional

Tabela 3. Sistema de pontuação NUTRIC Score. S.A. Integridade

Pontuação	Risco	Exatidão
0-4	Pontuação Baixa	Associação a prazo realçado (risco aumentado, verificação)
5-6	Pontuação Média	Esses pacientes têm maior probabilidade de beneficiar de uma terapia nutricional agressiva
7-10	Pontuação Alta	Esses pacientes apresentam baixo risco nutricional

(Mendes, R., Pelizzaro, S., Fontana, P., Vieira, D., 2013)

## 6.3- Reposicionamento e Mobilização precoce

- Reposicionar as pessoas em risco ou com UPP segundo horário individualizado **B1↑↑**
- Determinar a frequência do reposicionamento considerando o nível de atividade, mobilidade e capacidade de reposicionamento **B2↑↑**



(EPUAP, NPIAP, PPRIA, 2019)

### 6.3- Reposicionamento e Mobilização precoce

- ▶ Determinar a frequência do reposicionamento tendo em consideração :
  - ▶ a tolerância dos tecidos
  - ▶ a condição clínica global
  - ▶ objetivos dos cuidados
  - ▶ conforto e dor **DBP**



(EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019)

### 6.3- Reposicionamento e Mobilização precoce- Pessoa em Situação Crítica

- ▶ Considerar virar a pessoa de forma lenta e gradual, dando tempo suficiente para estabilizar a condição hemodinâmica e oxigenação **C↑**
- ▶ Considerar a realização de pequenas mudanças de posição, mas frequentes para permitir a reperfusão nas pessoas que não conseguem tolerar mudanças significativas ao nível da posição corporal **C↑**



(NPIAP, EPUAP, PPPIA, 2019)

### 6.3- Reposicionamento e Mobilização precoce- Pessoa em Situação Crítica

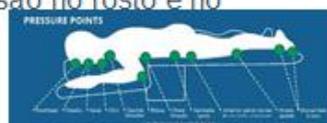
- ▶ Utilizar técnicas de manuseio manual e equipamento que reduzam o atrito e o cisalhamento **B2↑**
  - ▶ Resguardo/*Silde Sheets*

<https://youtu.be/pcFcNnN3hDY>

### 6.3- Reposicionamento e Mobilização precoce- Pessoa em Situação Crítica

#### *Prone position*

- ▶ Avaliar a existencia de UPP faciais em todos os reposicionamentos efetuados **C↑**
- ▶ Avaliar outras áreas do corpo em todas as rotações efetuadas **C↑**
- ▶ Libertar carga dos pontos de pressão no rosto e no corpo **C↑↑**



### 6.3- Reposicionamento e Mobilização precoce- Pessoa em Situação Crítica

Sistemas de posicionadores para decúbito ventral (Iberdata®)



### 6.4- UPP no Calcânhar

- ▶ Em indivíduos com risco de UPP elevar os calcânhares usando um dispositivo de suspensão específico ou almofada. **B2↑↑**
- ▶ Utilizar um aposito profilaticamente para providenciar alívio de carga no calcânhar **B1↑**



(EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019)

### 6.5- UPP associadas a dispositivos médicos

- ▶ Avaliar e selecionar o dispositivo quanto a :
  - ▶ Capacidade para minimizar o dano
  - ▶ Forma e tamanho adequado à pessoa
  - ▶ Usar o dispositivo segundo as instruções do fabricante
  - ▶ Fixar o dispositivo corretamente. **B2↑↑**



(EPUAP, NPIAP, PPRIA, 2019)

### 6.5- UPP associadas a dispositivos médicos

- ▶ Vigiar regularmente o dispositivo quanto à tensão de fixação e conforto da pessoa **C↑**
- ▶ Reduzir ou redistribuir a pressão no interface da pele - dispositivo **DBP**
- ▶ Usar cobertura profilática sob um dispositivo médico **B1↑**
- ▶ Substituir o colar cervical de extração por um colar de cuidados agudos e remove-lo logo que a situação clínica o permita **C↑**

(EPUAP, NPIAP, PPRIA, 2019)

### 6.6- Superfícies de suporte

- ▶ Selecionar a superfície de suporte de acordo com as necessidades da pessoa com base nos seguintes fatores: **DBP**
  - ▢ nível de imobilidade e inatividade
  - ▢ necessidade de influenciar o controle do microclima e redução do cisalhamento
  - ▢ tamanho e peso da pessoa
  - ▢ risco de desenvolvimento de novas UPP
  - ▢ nº, gravidade e localização de UPP existentes

(EPUAP, NPIAP, PPRIA, 2019)

### Conclusão

- ▶ As UPP são um importante problema de saúde
- ▶ Classificar corretamente uma UPP e distingui-la das restantes feridas (EPUAP, 2019)
- ▶ O juízo clínico do enfermeiro deve fazer sempre parte da avaliação do risco de UPP (DGS, 2011)
- ▶ Escala de Braden vs Escala Revista Cubbin& Jackson

### Conclusão

- ▶ A utilização de uma ferramenta específica para avaliação do risco de UPP em UCI, que seja confiável, específica e fácil de aplicar é fundamental, no entanto importa, que seja efetuada uma avaliação sistemática dos doentes tendo sempre em consideração cada fator de risco de desenvolvimento de UPP incidindo neste os cuidados de enfermagem mais apropriados.

### Conclusão

- ▶ A importância da avaliação do risco de UPP no doente crítico tem como objetivo prevenir o seu aparecimento, contribuindo desta forma para uma redução de custos efetivos em saúde, para uma melhoria dos cuidados de enfermagem e da qualidade de vida dos nossos doentes.



## Duvidas?

isoeiro@chalgarve.min-saude.pt

## Bibliografia

- Jóball S, Korkmaz F. Pressure injury risk assessment in intensive care units: Comparison of the reliability and predictive validity of the Braden and Jackson/Cubbin scales. *Journal of Clinical Nursing* 2016; 26(23-24):4266-4802. doi:10.1111/jocn.12694
- Delavender J. M., Leone S.L., Maduro R.S., Morgan MK, Zimbro KS. Predictive Validity of the Cubbin-Jackson and Braden Skin Risk Tools in Critical Care Patients: a Multisite Project. *American Journal of Critical Care* 2007; 16(2): 140-144. doi:10.4027/ajcc.2007.1699
- Direção Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Orientação da Direção Geral da Saúde. 2011; 17; 1-10. [http://www.dgs.pt/legislacao-da-qualidade-na-saude/fichas-de-anexos/brenado\\_u/ulcerasporp.pdf](http://www.dgs.pt/legislacao-da-qualidade-na-saude/fichas-de-anexos/brenado_u/ulcerasporp.pdf)
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014) Prevenção e Tratamento de Lesões/Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida. 1. Edição Portuguesa. Emily Haesler Ed. @PUAP/PPP/13.
- Ferreira P, Miquins, C; Gouveia, J; Furtado, K (2007) Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão-Implementação Nacional da Escala de Braden. *Loures, Lusociência*. 6-10
- Higgins J, Casey S, Taylor E, Wilson R, Halcomb P. Comparing the Braden and Jackson/Cubbin Pressure Injury Risk Scales in Trauma-Surgery ICU Patients. *Critical Care Nursing* 2020; 45(6):52-61. doi:10.4027/ccn.2020.0974
- Labeau S, Jónas E, Benbenishty J, et al (2021) Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. *Intensive Care Med*. 47(2):160-166. doi:10.1007/s00134-020-06234-9
- Mendes, R; Polcarpo, S; Fortuna, P; Virela, D. (2019) Adaptação cultural para Portugal do NUTrition Risk in the Critically II. outubro. [http://www.criticalcarenutrition.com/doc/guia\\_NUTRIC\\_1620Score1620portuguesa1620versao.pdf](http://www.criticalcarenutrition.com/doc/guia_NUTRIC_1620Score1620portuguesa1620versao.pdf)
- Ministério da Saúde (2012). Plano Nacional de segurança do Doente. Despacho n.º 1400-2012. Diário da República, 2ª série, n.º 22 de 10 de fevereiro; 2682-16-9. <http://dre.pt/publicacao/64457174>
- Ministério da Saúde (2019) R20TR20 - NUTRICIONAL - Documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional Lisboa, Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/legislacao-da-qualidade-na-saude/legislacao-da-qualidade-na-saude/2020/01/R20TR20-nutricional.pdf>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014) Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida. Ed. Emily Haesler. Cambridge Media: Cambridge Park, Australia
- Serrano M, Méndez M, Caballero F, Rodríguez J (2017) Risk factors for pressure ulcer development in intensive care units: a systematic review. *Medicina Intensiva*; 2017; 41; 599-608. <https://doi.org/10.1016/j.medint.2017.04.009>
- Sousa S (2019) Tradução, adaptação e validação para português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson Revista Brasileira Terapia Intensiva. 22(2):106-114. doi:10.5820/2526-2076/20190027

**APÊNDICE 3- PLANO DA SESSÃO FORMATIVA**  
**«AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NO DOENTE CRÍTICO:  
COMPARAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN COM A ESCALA CUBBIN&JACKSON»**

Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação  
Crítica: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista  
Cubbin&Jackson

<b>Formação:</b> Avaliação do risco de Úlceras por Pressão no doente crítico: Comparação da Escala de Braden com a Escala Cubbin&Jackson		<b>Data:</b> 19/07/2021 <b>Hora:</b> 14:00		
<b>Duração da sessão:</b> 1 hora		<b>Publico alvo:</b> Equipa de enfermagem da UCIP		
<b>Formadora:</b> Isabel Soeiro		<b>Local:</b> Teams		
<b>Objetivo Geral:</b> Apresentar dos resultados do projeto de intervenção “ Avaliação do risco de Úlceras por Pressão no doente crítico: Comparação da Escala de Braden com a Escala Cubbin&Jackson”				
Objetivos Específicos	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas	Equipamento	Tempo previsto
Apresentar objetivos da sessão Realizar uma breve abordagem sobre o tema	Plano da sessão Apresentar ideias chave sobre impacto, custos e prevalência das UPP	Método expositivo: Projeção de slides e exposição oral	Computador	15 min
Relembrar o conceito e classificação de UPP Conhecer os principais fatores de risco para o desenvolvimento de UPP Apresentar o projeto de intervenção Apresentar principais intervenções de enfermagem associadas à prevenção de UPP	Conceito de UPP Classificação de UPP Fatores de risco para o desenvolvimento de UPP Escala de Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP Projeto de intervenção Intervenções de enfermagem associadas à prevenção de UPP	Método expositivo: Projeção de slides e exposição oral	Computador	40 min
Sintetizar os principais aspetos abordados na sessão Refletir em grupo sobre os aspetos abordados	Apresentação resumida dos principais aspectos abordados Reflexão/esclarecimento de duvidas	Método ativo com participação dos formandos	Computador	15 min

**APÊNDICE 4- PROJETO DE ESTÁGIO FINAL-  
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Instituto Politécnico de Beja  
Escola Superior de Saúde

4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - 2019-2021  
Unidade Curricular: Estágio Final

# PROJETO DE ESTÁGIO FINAL- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Docente:

Prof. Dr. Adriano Pedro

Enfermeira Especialista Supervisora Clínica:

Enfermeira especialista Liliana Pereira

Discente:

Isabel Margarida Fernandes Soeiro nº  
19743

**Fevereiro**

**2021**

Instituto Politécnico de Beja  
Escola Superior de Saúde

4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - 2019-2021  
Unidade Curricular: Estágio Final

**PROJETO DE ESTAGIO FINAL- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Docente:  
Prof. Dr. Adriano Pedro

Enfermeira Especialista Supervisora Clínica:  
Enfermeira especialista Liliana Pereira

Discente:  
Isabel Margarida Fernandes Soeiro  
nº 19743

**Fevereiro  
2021**

*Uma mente que se abre a uma nova ideia, jamais voltará ao seu  
tamanho original.*

*Albert Einstein*

## **LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS**

CHUA- Centro hospitalar Universitário do Algarve

EMC-PSC- Enfermagem Médico.Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica

Enf<sup>a</sup>- Enfermeira

OE- Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA- Programa de prevenção e controlo de infeção e resistência dos antimicrobianos

Prof. Dr.- Professor Doutor

SUP- Serviço de Urgência Polivalente UCIP1- Unidade de Cuidados Intensivos 1

## Índice

INTRODUÇÃO.....	130
1 – ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO CLÍNICO- CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE.....	131
1.1- UCIP1- Estrutura, recursos físicos e materiais.....	18
1.2- UCIP1- Recursos Humanos.....	19
1.3- UCIP1- Análise da organização do trabalho da equipa de enfermagem.....	20
2- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	178
2.1- Competências de mestre.....	178
2.2- Competências comuns do enfermeiro especialista.....	179
2.2- Competências específicas do enfermeiro especialista Médico-cirúrgica - pessoa em situação crítica.....	186
CONCLUSÃO.....	191
BIBLIOGRAFIA.....	135

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio Final, inserida no 2º ano do 4º Mestrado em Enfermagem em Associação, na especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC], a decorrer no Instituto Politécnico de Beja.

O Estágio Final encontra-se a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 [UCIP1] do Centro Hospital Universitário do Algarve [CHUA] com a duração de 18 semanas, com início a 18 de janeiro de 2021 e término a 28 de maio de 2021. Este estágio é supervisionado no contexto clínico pela Enfª Especialista em EMC-PSC Liliana Pereira e orientado em termos pedagógicos pelo Prof. Dr. Adriano Pedro.

Os objetivos de aprendizagem delineados no guia orientador da unidade curricular são os seguintes, sendo que se espera que o estudante:

- ✓ Integre princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Desenvolva a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- ✓ Saiba gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Colabore em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- ✓ Participe na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Participe no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;

✓ Demonstre uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente autoorientado e autónomo.

Assim, este projeto tem como objetivo planejar as atividades para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e competências de Mestre.

Este documento é constituído por dois capítulos, o primeiro onde se faz uma caracterização do contexto onde se realiza o estágio final abordando a estrutura física, recursos humanos e materiais e fazendo uma análise da organização do trabalho da equipa de enfermagem. No segundo capítulo serão plasmadas as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e de Mestre, e respetivas atividades a desenvolver em cada uma.

Este trabalho foi elaborado segundo as diretrizes do novo acordo ortográfico português e foram utilizadas as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, que têm, de forma geral, como base estrutural os elementos preconizados na 6ª edição do Manual de Publicação da ‘American Psychological Association’.

## **1 – ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO CLÍNICO- CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE**

O CHUA é constituído por três unidades hospitalares, Faro, Portimão e Lagos, pelos quatro Serviços de Urgência Básica (Lagos, Albufeira Loulé e Vila Real de Santo António), tem como missão prestar cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, com o objetivo de alcançar a excelência na atividade assistencial, no ensino e investigação, através da introdução de boas práticas baseadas na evidência, e na inovação em saúde. Do mesmo Centro Hospitalar faz ainda parte o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul considerado um centro especializado de reabilitação que integra a rede de referência de medicina física e reabilitação, assegurando a prestação de cuidados diferenciados de reabilitação a pessoas portadoras de grande limitação funcional, nos regimes de internamento e ambulatório, designadamente consultas externas e hospital de dia, com carácter interdisciplinar e intensivo, à população do Algarve e do distrito de Beja, cumprindo padrões de excelência com vista à maximização do potencial de reabilitação de cada doente e ao pleno exercício da cidadania. A sua área de influência inclui 16 concelhos da região do Algarve com uma população de 450 000 habitantes podendo triplicar na época de grande afluência turística, e em algumas valências clínicas específicas à população de parte do Alentejo. (CHUA, 2018)

O CHUA, em termos de gestão intermédia está estruturado em 7 departamentos: Médico; Cirúrgico; Criança, Adolescente e Família; Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana; Psiquiatria e Saúde Mental; Clínico de serviços tecnológicos e terapêuticos; Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos (CHUA, 2018). Cada departamento organiza-se em torno de uma especialidade comum, sendo coordenado por um médico (diretor de departamento), um enfermeiro (enfermeiro supervisor) e um administrador hospitalar.

O Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos engloba os seguintes serviços:

#### Unidade de Faro

- ✓ Serviço de Urgência Polivalente (SUP)
- ✓ Medicina intensiva 1
  - ✧ UCIP 1
  - ✧ UCint- Unidade de Cuidados Intermédios
  - ✧ Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
- ✓ Viatura Médica de Emergência e Reanimação (Faro e Albufeira)
- ✓ Serviços de Urgência Básica (Albufeira Loulé e Vila Real de Santo António)

#### Unidade de Portimão

- ✓ Serviço de Urgência Médico- Cirúrgica
- ✓ Medicina intensiva 2
  - ✧ UCIP 2
  - ✧ UIDA- Unidade de Internamento de Doentes Agudos
- ✓ Viatura Médica de Emergência e Reanimação (Portimão)
- ✓ Serviços de Urgência Básica (Lagos)

O agrupamento destes serviços no mesmo departamento permite confluir recursos de modo a maximizar a qualidade de atendimento do doente crítico.

## 1.1-UCIP1- Estrutura, recursos físicos e materiais

A UCIP1 fica localizada no 2º piso do edifício principal da unidade de Faro do CHUA, instalada numa estrutura que foi acrescentada em 2008. Não sendo construída de raiz para funcionar como uma unidade de cuidados intensivos, revela algumas dificuldades na organização de cada unidade de doente. A entrada de doentes faz-se pelo serviço de urgência polivalente, local onde se encontra a sala de emergência e Unidade de Cuidados Intermédios.

No mesmo piso localizam-se também serviços com intensa ligação, como a Radiologia, a Patologia Clínica e Imunohemoterapia que permite um acesso rápido e ainda elevador dedicado para acesso ao Bloco Operatório.

Face ao período de pandemia por todos vivênciamos, a UCIP tornou-se um serviço elástico, aumentando e diminuindo a sua lotação e localização conforme o número de doente com necessidade de cuidados intensivos.

Neste momento é constituída por:

- ✓ UCIP 1- 7 camas para doente crítico não Covid
- ✓ UCIP Covid 1- 20 camas para doente crítico com infeção por Covid 19 (localizada na decisão clínica -SUP)
- ✓ UCIP Covid 2- 9 camas para doente crítico com infeção por Covid 19 (localizada no 3º piso do edifício principal)

Cada unidade de doente na UCIP dispõe de ventilador com possibilidade de ventilação invasiva e não invasiva, monitor com possibilidade de monitorização invasiva e não invasiva, bombas e seringas infusoras, rede de oxigénio, ar e vacuo. Dependendo das necessidades de cada doente existe também a possibilidade de recorrer a outros meios de monitorização hemodinâmica, como a Pressão Venosa Central (PVC), a Pressão IntraCraniana (PIC), a Pressão Intra Abdominal (PIA), o sistema de PiCCO (Pulse Contour Cardiac Output). Pode ainda avaliar-se o nível de sedação dos doentes através do índice Bispectral (BIS).

A UCIP1 dispõe ainda de aparelho de gasimetria e ecografo. Possui carro de urgência equipado para utilização em situações de paragem cardio-respiratória.

A disponibilização de medicação é feita por um sistema automático Pixix Medstation aumentando a segurança e responsabilizando cada enfermeiro na gestão do medicamento, uma vez que é necessário a identificação do utilizador e do recetor do medicamento.

Em relação ao material clínico, este é repostado diariamente por colaboradores do armazém clínico através de um sistema de armazéns avançados em que é estabelecido um nível mínimo para reposição.

Tendo em conta a complexidade dos doentes internados, a UCIP1 dispõe de uma aplicação informática dedicada aos cuidados intensivos, B-ICU-Care, que permiti um nível de registos de cuidados rigoroso com a menor perda de tempo, permitindo ainda integração direta de dados como os parâmetros vitais, os resultados das gasimetrias ou os parâmetros de ventilação.

## **1.2-UCIP1- Recursos Humanos**

As Unidades de cuidados intensivos devem deter de um corpo clínico (Médicos e Enfermeiros) próprio e dedicado a tempo inteiro, 24 h por dia. Em relação aos enfermeiros, as UCI devem ter um enfermeiro chefe com perfil e competências adequadas com a missão do serviço. O rácio enfermeiro / doente deve ser flexível e estar de acordo com os níveis de cuidados necessários para cada doente, sendo que o rácio mínimo recomendado para uma unidade nível III é 1:2 e para nível II 1:3. (Paiva, 2016).

Em relação à composição da equipa de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019) recomenda que, sendo uma unidade de nível III, 50% dos enfermeiros seja Especialista em EMC de preferência na área da Pessoa em Situação Crítica em permanência em cada turno e nas 24h. Os rácios recomendados neste tipo de unidade são de um enfermeiro para um doente.

A equipa da UCIP1 com camas de nível III é constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e uma Secretária Clínica dedicados a tempo inteiro. Colaboram ainda outros profissionais de saúde externos à UCIP, tais como Médicos de outras especialidades, Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala e Nutrição, Neurofisiologia, Psicologia, entre outros.

Tendo em conta a situação pandémica, a equipa de enfermagem da UCIP 1 foi sendo reforçada ao longo da evolução do número de doente com necessidade de cuidados intensivos. Na presente escala, dispõe de 78 enfermeiros, que são distribuídos por 4 equipas com horário rotativo e uma com horário fixo de manhãs. Deste, 20 são enfermeiros especialistas (11 em EMC, 5 em Enfermagem de Reabilitação e 4 em Enfermagem Comunitária). Em cada uma das equipas, existe um Enfermeiro chefe de equipa que além da prestação de cuidados participa na gestão do serviço e substitui a Enfermeira Chefe na sua ausência. Os rácios praticados antes da pandemia eram um enfermeiro para dois doentes, com o aumento significativo do número de doentes e espaços o rácio fixa-se em 1:3 ou mesmo 1:4, obrigando a uma priorização dos cuidados.

### **1.3-UCIP1- Analise da organização do trabalho da equipa de enfermagem**

Na UCIP 1 foram admitidos, em 2019, 460 doentes, com uma média de internamento de 8,6 dias e uma taxa de mortalidade de 28%. A tipologia de doentes recebida na UCIP1 são doentes neurocríticos, cirúrgicos e respiratórios. Atualmente a maior fatia vai para os doentes respiratórios. (Dados facultados pela Sr<sup>a</sup> Enfermeira Chefe)

No momento, o período de trabalho da equipa de enfermagem encontra-se organizado em períodos de 12h, o turno da manhã das 8:00 às 20:30 e o turno da noite, das 20:30 às 8:30. Ficam alocados na UCIP não Covid três enfermeiros por turno, na UCIP covid 1 ficam 10 enfermeiros e na UCIP covid2 ficam três enfermeiros, sempre tendo em conta o número de doentes em cada um dos espaços e a carga de trabalho em cada momento. A carga de trabalho é avaliada na UCIP1 pela escala TISS 28 (Therapeutic Intervention Scoring System-28) que teve uma média, em 2019, de 37 o que equivale a 6,5h de cuidados diretos ao doente em cada 8h.

O método de trabalho utilizado na Unidade é o método individual, no entanto existe na equipa um grande trabalho de interajuda apoiando sempre os enfermeiros menos experientes.

A equipa de enfermagem é uma equipa motivada em termos formativos com grupos de trabalho formados nos mais diversos temas, desde a doação de órgãos ou a humanização através do projeto “Amor entre linhas”.

## 2-DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste ponto procurarei refletir acerca das atividades que me proponho par conseguir alcançar no final deste percurso académico as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e de mestre.

### 2.1-Competências de mestre

Assumindo que investigação suporta a articulação entre as unidades curriculares Estágio Final e Relatório, espero conseguir identificar na UCIP um projeto de intervenção que responda à consolidação das competências de Mestre em Enfermagem e ainda a realização de um artigo científico.

Serão explanadas em seguida as atividades a desenvolver:

Competências de mestre	Atividades a desenvolver
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.</li><li>✓ Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.</li><li>✓ Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Prestação de cuidados de enfermagem que visem a promoção da segurança do doente de acordo com normas e protocolos</li><li>✓ Prestação de cuidados de enfermagem de acordo com a evidência científica</li><li>✓ Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas em busca das evidências mais recentes que fundamentem a prestação de cuidados ao doente crítico e partilha multidisciplinar</li><li>✓ Levantamento de necessidades</li></ul>

<p>e sociais.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.</li><li>✓ Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;</li><li>✓ Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;</li><li>✓ Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.</li></ul>	<p>de melhoria continua</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Realização de uma revisão sistemática de literatura com finalidade de realização de artigo científico para publicação abordando o tema “ Avaliação do risco de Úlceras por pressão no doente crítico- aplicação da escala revista Cubbin &amp; Jackson”</li></ul>
--	---

#### 1.4. 2.2- Competências comuns do enfermeiro especialista

A ordem dos enfermeiros define competências comuns do enfermeiro especialista como “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (OE, 2019, p.4745)

Assim, em seguida, são descritas as competências nos diferentes domínios e as atividades a desenvolver.

A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

**Descritivo**

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético -deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
A1.1 Demonstra uma tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas	✓ Demonstrar conhecimento acerca dos princípios, valores e normas deontológicas
A1.2 Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade	✓ Prestação de cuidados ao doente de acordo com a deontologia profissional
A1.3 Avalia o processo e os resultado da tomada de decisão	✓ Participação na tomada de decisão em equipa, mobilizando conhecimentos sobre a ética e normas deontológicas
	✓ Reflexão com a enfermeira orientadora acerca do processo de tomada de decisão

A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

**Descritivo**

Demonstra uma prática que respeita os direito humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos	✓ Aprofundar conhecimentos no domínio dos direito humanos
A2.2 Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	✓ Prestação de cuidados ao doente/família, respeitando a privacidade, confidencialidade, valores e crenças ✓ Inclusão da doente/família nos processos de tomada de decisão

B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

### **Descritivo**

Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
B1.1 Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria	✓ Consultar normas e protocolos em vigor na unidade

<p>continua da qualidade.</p> <p>B1.2 Orienta projetos institucionais na área da qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar pesquisa bibliográfica com vista a uma melhoria na qualidade dos cuidados</li> <li>✓ Realização de entrevista com enfermeira Chefe da unidade e com a enfermeira orientadora de modo a identificar área de intervenção com vista à melhoria da qualidade</li> </ul>
--	---

B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua

**Descritivo**

Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função aos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria continua

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
<p>B2.1 Avalia a qualidade das práticas clínicas</p> <p>B2.2 Planeia programas de melhoria continua</p> <p>B2.3 Lidera programas de melhoria continua</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consulta de normas de orientação clínica existentes com objetivo da melhoria da prática clínica</li> <li>✓ Prestação de cuidados fundamentados em normas e protocolos, da área da qualidade</li> </ul>

B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro

**Descritivo**

Considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua pro ativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
B3.1 Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo  B3.2 Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais	✓ Promoção de um ambiente calmo e seguro, atendendo às necessidades físicas, psicossociais, culturais e espirituais do doente/família  ✓ Respeito pela individualidade de cada doente  ✓ Envolvimento do doente/família/cuidador no processo de cuidar  ✓ Conhecimento do sistema de participação de riscos e eventos adversos  ✓ Prestar cuidados de enfermagem que favoreçam a proteção do individuo e da sua intimidade

C1- Gere cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

### Descritivo

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
C1.1 Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	✓ Reflexão sobre a prática de cuidados e a tomada de decisão
C1.2 Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	✓ Prestação de cuidados de enfermagem de forma a assegurar a qualidade dos mesmos e a segurança do doente ✓ Supervisão de tarefas delegadas para garantir a qualidade dos cuidados

C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

### Descritivo

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
C2.1 Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	✓ Utilização dos recursos de forma eficiente para garantia da qualidade dos cuidados ✓ Demonstração de interesse e motivação favorecendo um ambiente favorável á prática
C2.2 Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor	✓ Reflexão sobre a organização e coordenação

resposta do grupo e dos indivíduos	das equipas na prestação de cuidados ✓ Desenvolver estratégias de comunicação
------------------------------------	--

D1- Desenvolve o autoconhecimento e assertividade

**Descritivo**

Demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
D1.1 Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	✓ Mobilização de conhecimentos adquiridos
D1.2 Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional	✓ Reflexão sobre a prática clínica enquanto enfermeiro e pessoa
	✓ Gestão adequada de sentimentos e emoções
	✓ Identificar dificuldades sentidas

D2- Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica

**Descritivo**

Alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho	✓ Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre evidências recentes que fundamentem a prática clínica
D2.2 Suporta a prática clínica em evidência científica	✓ Participação em ações de formação do serviço, se ocorrerem, contribuindo para aquisição de competências
D2.3 Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	

## 2.2-Competências específicas do enfermeiro especialista Médico-cirúrgica - pessoa em situação crítica

As competência específicas são o direcionam para uma área de intervenção mais definida focalizando as necessidades da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Estas são definidas pela OE (2019) como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”

A área de especialização em Enfermagem à PSC tem como alvo a pessoa em situação de doença aguda em falência multiorgânica e com necessidade de cuidados de enfermagem altamente qualificados permitindo a manutenção das funções básicas da vida. (OE,2018)

Assim, em seguida, são descritas as competências específicas e as atividades a desenvolver.

2-Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

### Descritivo

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
<p>1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.</p> <p>1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.</p> <p>1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.</p> <p>1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.</p> <p>1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou</p>	<p>✓ Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas referentes aos cuidados à pessoa com processos complexos de instabilidade e risco de falência orgânica.</p> <p>✓ Participação como formanda no VII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos</p> <p>✓ Reunião com Enfermeira Chefe, Enfermeira orientadora e Professor orientador de modo a selecionar um tema que reflita as necessidades do serviço.</p> <p>✓ Conhecer a estrutura e organização da UCIP1</p> <p>✓ Realizar acolhimento do doente /família</p> <p>✓ Planear intervenções de acordo com as necessidades do doente/família</p> <p>✓ Prestar de cuidados globais ao doente/família a vivenciar processos complexos de doença</p>

<p>falência orgânica.</p> <p>1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</p>	<p>crítica e/ou falência orgânica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar de sinais precoces de instabilidade</li> <li>✓ Gestão de protocolos terapêuticos na gestão da dor, ou outros.</li> <li>✓ Utilizar técnicas e estratégias de comunicação com o doente/família adequadas à sua situação</li> <li>✓ Realização de registos de forma clara, na plataforma BICU care</li> <li>✓ Participação na transição de cuidados</li> </ul>
---	--

2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe

**Descritivo**

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o enfermeiro atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
<p>2.1 Cuida da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecer o plano de resposta à catástrofe do CHUA</li> </ul>
<p>2.2 Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecer plano de evacuação da UCIP1</li> <li>✓ Prestar cuidados à pessoa em situação de exceção</li> </ul>
<p>2.3 Planeia a resposta à situação de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Refletir com a enfermeira orientadora sobre</li> </ul>

<p>catástrofe.</p> <p>2.4 Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.</p> <p>2.5 Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.</p>	<p>situação de exceção atual, sobre a forma como o serviço/ equipa se adaptou à nova situação</p>
--	---

3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

**Descritivo**

Considera o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.

Unidade de Competência	Atividades a desenvolver
<p>3.1 — Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p> <p>3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participação como formanda no Congresso Internacional de Controlo de Infeção</li> <li>✓ Promover ambiente propicio á prevenção e controlo da infeção</li> <li>✓ Realizar procedimentos de enfermagem tendo por base normas normas de precauções básicas de controlo de infeção preconizadas</li> </ul>

<p>acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<p>pela GPL-PPCIRA do hospital e pela DGS</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Colaborar com o elo de ligação ao GPL-PPCIRA se se proporcionar</li></ul>
--	---

### **3- CONCLUSÃO**

A elaboração deste projeto permitiu a reflexão sobre a importância de um planeamento estruturado das atividades a desenvolver durante o estágio final, com vista à aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e de Mestre.

De considerar que, face à situação pandémica atual algumas alterações a nível estrutural e da equipa de enfermagem podem sofrer alterações, ou até mesmo algum planeamento realizado neste documento.

Tendo em conta a articulação entre as unidades curriculares Estágio Final e relatório, a avaliação deste projeto e a aquisição de competências será realizado no Relatório efetuando uma análise crítica das atividades desenvolvidas.

## BIBLIOGRAFIA

- ✓ Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018). *Relatório de Gestão e Contas 2017*. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. [http://www.chualgarve.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/2/2018/08/CHUA\\_RC2017.pdf](http://www.chualgarve.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/2/2018/08/CHUA_RC2017.pdf).
- ✓ Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº429/2018 de 16 de julho: Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, 2ª Série, nº135, 19359- 19370.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª Série, nº26, 4744-4750
- ✓ Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., Coutinho, P. (2016) *Rede de Referenciação de Medicina Intensiva*, Setembro, 1-87. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

**APÊNDICE 5- PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS  
DE ENFERMAGEM «VIA VERDE SÉPSIS»  
NO SUP DO CHUA**

## Projeto de Melhoria da Qualidade

# VIA VERDE SÉPSIS



Março, 2021

## Projeto de Melhoria da Qualidade

### VIA VERDE SÉPSIS



Enfª Ana Coelho 74737

Enfª Isabel Soeiro 72936

Drª Sofia Ribeiro 77295

**Março, 2021**

**APÊNDICE 6- RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO «AVALIAÇÃO DO  
RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA: COMPARAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN  
COM A ESCALA REVISTA CUBBIN&JACKSON»**

**Avaliação do risco de Úlceras por Pressão no Doente Crítico: Comparação da Escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson- Uma Revisão Integrativa**

**Risk Assessment of Pressure Ulcers in the Critically Patient: Comparison of the Braden Scale with the Cubbin&Jackson Revised Scale - An Integrative Review**

**Evaluación del Riesgo de Úlceras Por Presión en Pacientes Críticos: Comparación de la Escala De Braden con la Escala de la Revisada Cubbin & Jackson: Una Revisión Integrativa**

Isabel Soeiro\*, Adriano Pedro\*\*, Liliana Pereira\*\*\*

\* RN, Enfermeira do Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica do Instituto Superior Politécnico de Beja, Portugal

\*\* RN, PhD Professor da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

\*\*\* RN, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica da Unidade de cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal, Mestre

**Resumo**

As úlceras por pressão são um importante problema de saúde que afeta todos os doentes em todos os níveis de cuidados, e com particular relevância nas unidades de cuidados intensivos.

A utilização de instrumentos que ajudem a estimar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão melhoram a qualidade dos cuidados de enfermagem e a qualidade de vida dos doentes, diminuindo os custos em saúde.

**Objetivos:** Comparar a Escalas de Braden e a Escala Revista Cubbin&Jackson em termos de previsibilidade de úlceras por pressão no doente crítico e analisar a relevância da aplicação da Escala Revista Cubbin & Jackson em cuidados intensivos.

**Método de revisão:** Revisão integrativa da literatura, segundo a estratégia PICO na formulação da questão de investigação e a metodologia de *Joanna Briggs Institute*. Recorreu-

se ao motor de busca B-On e foram aplicados os limitadores de pesquisa: artigos publicados entre 2017 e 2021; revistos por pares; publicados em revistas académicas; com texto integral em português ou inglês.

**Resultado:** Foram selecionados três artigos, de natureza quantitativa, que comparam a Escalas de Braden com a Escala Revista Cubbin & Jackson em contexto de doente crítico analisando a relevância da sua aplicação em unidades de cuidados intensivos.

**Conclusão:** A utilização de um instrumento específico para avaliação do risco de úlceras por pressão em cuidados intensivos é crucial para a sua prevenção. A escala de Braden foi aceite com padrão para a população de doentes em cuidados intensivos, no entanto a Escala Revista Cubbin & Jackson foi considerada uma ferramenta com especificidade mais elevada.

**Descritores:** Úlceras por Pressão, Cuidados Intensivos, Escala de Braden, Escala Revista Cubbin&Jackson