

A COMPLEXIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E A ARTE DO CUIDAR

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
Cindy Martins Pereira

Porto – março de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**A COMPLEXIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E A ARTE
DO CUIDAR
THE COMPLEXITY OF CRITICALLY ILL PERSON AND THE ART OF
CARING**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por
Cindy Martins Pereira

Sob a orientação de Prof.^ª Doutora Irene Oliveira

Porto – março de 2023

Resumo

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde (Porto), surge o presente relatório. Este reflete criticamente acerca das competências adquiridas, essencialmente nos estágios realizados no âmbito da Unidade Curricular do 2.º ano do Curso - “Estágio Final e Relatório”, em contexto de Serviço de Medicina Intensiva Monovalente e em Serviço de Urgência Polivalente, no período de 5 de setembro a 17 de dezembro de 2022, tendo como ponto de partida as competências desenvolvidas no estágio do 1º ano do Curso, realizado num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente. O trabalho encontra-se organizado de acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas na área mencionada, segundo a Ordem dos Enfermeiros.

Na melhoria contínua foram desenvolvidos trabalhos, como o desenvolvimento de uma revisão da literatura acerca da Avaliação do risco de desenvolver Úlcera Por Pressão através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI; um trabalho sobre a Avaliação da Carga de Trabalho em Enfermagem através do *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28) e do *Nursing Activities Score* (NAS); um trabalho sobre a Violência face ao Profissional de Saúde em Serviço de Urgência e outro sobre a Comunicação com o Doente em Serviço de Urgência.

No Cuidado à Pessoa em Situação Crítica e da família/cuidador, foram garantidos os cuidados de forma pronta e antecipatória de processos de instabilidade, percecionando a complexidade dos cuidados exigidos, através da mobilização de conhecimentos. Foi perentória a correta envolvência da família/cuidador, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica. Na Resposta em Situações de Emergência e Exceção é demonstrada a proatividade, estabelecendo as prioridades necessárias a cada caso. A Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a Pessoa em Situação Crítica é fundamental e aporta ganhos significativos para o doente. Desta forma, foram discutidas e analisadas as necessidades a este nível em cada serviço, refletindo sobre as estratégias a adotar para a prevenção e controlo da infeção, revelando a importância do papel do Enfermeiro Especialista.

A aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica compreende uma prática de excelência, fruto da aquisição do saber teórico e prático, baseado na mais recente evidência científica. Foi sempre tida consciência da complexidade das realidades de cuidados, colaborando ativamente nos mesmos e em busca constante pela melhoria contínua. Por conseguinte, foram sendo adquiridas as competências específicas inerentes ao papel do Enfermeiro Especialista.

Palavras-Chave: Pessoa em Situação Crítica; Úlcera Por Pressão; Carga de Trabalho em Enfermagem; Violência; Comunicação.

Abstract

This report is a part of the Master's Course in Nursing with Medical-Surgical Nursing Specialization, in the Nursing for Critically Ill Patients area at the Universidade Católica Portuguesa - Institute of Health Sciences (Porto). The presented narrative reflects critically on the skills acquired, mainly in the internships carried out within the scope of the 2nd year of the Course "Final Internship and Report", in a Monovalent Intensive Care Unit and in a Multipurpose Emergency Service. It took place between September 5 and December 17, 2022, taking as a starting point the skills developed in the internship of the 1st year of the Course carried out in a Multipurpose Intensive Care Unit. This study is organized in accordance with the specialized nurse common skills and the specialized nurse specific skills in the mentioned area of the Ordem dos Enfermeiros.

In what continuous improvement is concerned, studies were developed such as the literature review development on the Assessment of the risk of developing Pressure Ulcer through the Braden Scale, Cubbin & Jackson Scale and the revised Cubbin & Jackson Scale in ICU patients; a paper on Nursing workload assessment using the Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) and the Nursing Activities Score (NAS); a paper about Violence towards the health professional in the Emergency Service and another on Communication with the patient in the Emergency Service.

In the Care of Critically Ill Patients and their families/caregivers, care was ensured in a prompt and anticipatory manner of instability processes, by understanding the complexity of care required, through knowledge mobilization. The family/caregiver correct involvement was peremptory, allowing the establishment of a therapeutic relationship. Regarding the Response in Situations of Emergency and Exception, proactivity is demonstrated, establishing the necessary priorities for each case. Intervention in Prevention and Control of Infection in Critically Ill Patients is fundamental and it brings significant gains for the patient. Thus, the needs at this level in each service were discussed and analysed, reflecting on the strategies to be adopted for infection prevention and control, revealing the Specialized Nurse important role.

The acquisition of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing for Critically ill Patients comprises a practice of excellence, the result of theoretical acquisition and practical knowledge based on the latest scientific evidence. I have always been aware of the care reality complexity, actively collaborating in care and in constant search for continuous improvement. Therefore, the specific skills inherent to the role of a specialized nurse were acquired.

Keywords: Critically Ill Patient; Pressure Ulcer; Nursing Workload; Violence; Communication.

"You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die."
(Cicely Saunders, 2005)

Agradecimentos

No final de toda esta longa jornada, que me proporcionou uma das maiores experiências na Enfermagem, compreendo seguramente que o caminho percorrido não foi feito apenas por mim e, conseqüentemente, a gratidão para com as pessoas que me ajudaram impõe-se.

Neste sentido, gostaria de agradecer a todos os elementos das diferentes unidades por onde tive a oportunidade de passar, pelo modo como me acolheram e se mostraram disponíveis para me ajudar e colaborar na minha aprendizagem.

Um agradecimento aos profissionais de Enfermagem, pela forma como me receberam e acompanharam, permitindo que me sentisse motivada e, conseqüentemente, incrementando o meu crescimento diário enquanto enfermeira. Apresentaram-se sempre disponíveis para responder às inquietações e dúvidas que surgiam e, através da transmissão dos seus conhecimentos e dedicação, conduziram-me pelo caminho da autoaprendizagem. Foram, inquestionavelmente, elementos fundamentais para o positivo desenvolvimento deste percurso.

À Professora Doutora Irene Oliveira, pela excelente orientação, bem como pela disponibilidade total para colmatar quaisquer incertezas. Forneceu várias peças chave, que me permitiram construir um caminho sólido e conciso.

Por último, à minha família, namorado e amigos, pelo apoio nos momentos mais difíceis, possuindo sempre a palavra certa na hora certa.

Um sincero obrigada a todos!

Lista de Siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ADR - Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios
AO - Assistentes Operacionais
AT - Assistentes Técnicos
BO - Bloco Operatório
BPS - *Behavioral Pain Scale*
CT – Centro de Trauma
CVC – Cateter Venoso Central
DGS – Direção-Geral da Saúde
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI – Equipamento de Proteção Individual
IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
INCS - Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea
MCDT - Exame Complementar de Diagnóstico e Terapêutica
MFR - Medicina Física e de Reabilitação
NAS - *Nursing Activities Score*
NOW - *Nurse Operation Workload*
OE – Ordem dos Enfermeiros
PAI - Pneumonia Associada à Intubação
PCR - Paragem Cardiorrespiratória
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*
SAV - Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SE – Sala de Emergência
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
SU - Serviço de Urgência
SUP - Serviço de Urgência Polivalente
TISS - *Therapeutic Intervention Scoring System*
TSDT - Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
TSR - Técnica de Substituição Renal

UC - Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UPP – Úlcera Por Pressão

Índice

1. Introdução.....	15
2. Competências desenvolvidas no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente.....	19
3. Análise Crítico-Reflexiva dos Contextos de Estágio.....	27
4. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	33
4.1 Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	33
4.2 Melhoria Contínua da Qualidade.....	35
4.3 Gestão dos Cuidados.....	49
4.4 Aprendizagens Profissionais.....	53
5. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.....	55
5.1 Cuidado à Pessoa em Situação Crítica e da família/cuidador	55
5.2 Resposta em Situações de Emergência e Exceção.....	68
5.3 Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a Pessoa em Situação Crítica.....	71
6. Conclusão.....	73
7. Referências Bibliográficas.....	77
8. Apêndices.....	103
8.1 Apêndice I – Revisão da Literatura sobre a Avaliação do risco de desenvolver Úlcera Por Pressão em contexto de Serviço de Medicina Intensiva	105
8.2 Apêndice II – Formação em contexto de Serviço de Medicina Intensiva sobre a Avaliação do risco de desenvolver Úlcera Por Pressão.....	137
8.3 Apêndice III – Avaliação da carga de trabalho em Enfermagem em contexto de Serviço de Medicina Intensiva	149
8.4 Apêndice IV – Violência em contexto de Serviço de Urgência	167
8.5 Apêndice V – Comunicação com o doente em Serviço de Urgência.....	204

1. Introdução

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), os cuidados de saúde, especificamente os cuidados de Enfermagem, distinguem-se cada vez mais pela sua extrema importância e pela exigência técnica e científica. Consequentemente, a diferenciação e a especialização são uma realidade que abrange grande parte dos profissionais de saúde. Desta forma, o Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019). É, partindo destas premissas, que se depreende a complexidade da assistência, neste caso da Pessoa em Situação Crítica (PSC), da família/cuidador e a sua relevância. Apesar da minha reduzida experiência a este nível dos cuidados, é declaradamente uma área com grande importância e cujo contacto pode ocorrer em qualquer momento e em qualquer lugar.

Assim, inserido no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à PSC, este trabalho insere-se na Unidade Curricular (UC) - *Estágio Final e Relatório*. O primeiro campo de estágio passou por um Serviço de Medicina Intensiva (SMI), monovalente, na área da oncologia e decorreu de 5 de setembro de 2022 a 26 de outubro de 2022. A pertinência desta escolha justificou-se por constituir a minha área de trabalho diário. O Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de um Centro Hospitalar da Zona Norte do país deteve-se como o segundo estágio e realizou-se entre 27 de outubro de 2022 e 17 de dezembro de 2022.

Portanto, este relatório é apresentado no âmbito da UC – *Estágio Final e Relatório*, no 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em EMC, Enfermagem à PSC, da Escola de Enfermagem – Porto da Universidade Católica Portuguesa, como resposta a um processo avaliativo decorrente do ciclo de estudos e com vista à ilustração do cumprimento dos objetivos previamente definidos num projeto de estágio, das atividades e reflexões resultantes das experiências obtidas ao longo dos estágios, sustentadas com fundamentação teórica, que permitam a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e, consequentemente, para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em EMC, na área de Enfermagem à PSC.

No que concerne aos objetivos do presente relatório, para além de constituir um instrumento de avaliação, pretende:

- Interpretar e descrever todos os conhecimentos adquiridos ao longo dos estágios;

- Gerar um discurso fundamentado, com análise crítico-reflexiva dos cuidados presenciados e realizados;
- Refletir sobre a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em EMC (à PSC);
- Refletir sobre os objetivos específicos previamente definidos, relativamente à sua consecução;
- Descrever os trabalhos desenvolvidos nos diferentes contextos.

A estrutura adotada inicia-se com uma breve abordagem ao estágio no 1.º ano do Curso, entre maio e junho de 2022, no âmbito da UC – *A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica*, em contexto de Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP), dado que assumiu grande relevo como ponto de partida no desenvolvimento de competências, que foram fundamentais para a consecução dos objetivos no estágio posterior. A seguir a esta primeira abordagem, apresenta-se uma análise crítico-reflexiva dos contextos de estágio relativos à UC – *Estágio Final e Relatório*, onde se realiza uma descrição com análise crítico-reflexiva dos mesmos para uma melhor compreensão das atividades realizadas. Posteriormente, procede-se à ilustração do desenvolvimento de competências, através dos objetivos e das atividades desenvolvidas, subdividindo as mesmas em 2 partes: uma 1ª parte, de acordo com os quatro Domínios integrados nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, preconizadas pela OE (Responsabilidade profissional ética e legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados e Aprendizagens profissionais); uma 2ª parte, mais centrada nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, Enfermagem à PSC, que foram subdivididas no Cuidado à PSC e da família/cuidador, na Resposta em Situações de Emergência e Exceção e na Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a PSC, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da OE. Deste modo, permite-me representar de forma mais clara a globalidade dos cuidados especializados no âmbito da área da Enfermagem à PSC.

A metodologia utilizada para a concretização deste trabalho foi descritiva e crítico-reflexiva, alicerçada no ciclo reflexivo de Gibbs. A seleção deste método assenta na possibilidade de estruturar um processo reflexivo sólido e coerente que ocorre por etapas, envolvendo assim a descrição das situações, os pensamentos e sentimentos despoletados por estas, a avaliação e respetiva análise das mesmas e, por último, a conclusão e o planeamento da ação (Gibbs, 1988).

A informação necessária à elaboração deste relatório procede da observação da equipa de Enfermagem em contexto de cuidados; da participação ativa em todas as atividades afetas aos objetivos definidos; da partilha com os Enfermeiros Tutores da reflexão sobre a prática profissional; da consulta de documentos e protocolos dos serviços; da confrontação entre a realidade e os conhecimentos teóricos disponibilizados nesta área, bem como de uma revisão da literatura pertinente e atual.

A norma de referência bibliográfica adotada foi baseada no manual da *American Psychological Association*.

2. Competências desenvolvidas no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

Incluído no plano de estudos, foi realizado um primeiro estágio no âmbito da UC - *A Pessoa em Situação Crítica e Família: vigilância e decisão clínica*, no 1.º ano do Curso. Este decorreu num SMIP de um Centro Hospitalar da Zona Norte do país, permitindo adquirir as bases deste tipo de unidade tão específica, assim como uma série de aptidões. Este estágio decorreu entre o dia 2 de maio e 25 de junho de 2022, com um total de 180 horas de contacto. Desde as condições estruturais renovadas, aos meios de monitorização mais recentes e sofisticados, permitiu-me aplicar grande parte da teoria na prática. A inexistência de qualquer tipo de experiência nesta área com enorme especificidade, surgiu como um impulsionador para a aquisição de conhecimentos.

Nas situações de falência ou risco de falência de uma ou mais funções vitais, ameaçando a vida, neste caso da PSC, são necessários meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para a respetiva sobrevivência (OE, 2018). O SMIP demarcou-se por ser um contexto extremamente enriquecedor. Presenciei um leque de variadíssimas experiências, num serviço com ótimas condições estruturais e dignas para o bem-estar da PSC. Permitiu-me o cumprimento de vários objetivos, tornando os cuidados de enfermagem mais especializados na área da PSC, respondendo às necessidades afetadas, prevenindo as complicações, em resultado da aplicação de um projeto previamente definido. Foi notório a nível pessoal que, após o primeiro contacto com o contexto, era necessário desenvolver estratégias que envolvessem mais estudo. Vindo de uma área completamente distinta, o esforço foi redobrado para que os objetivos fossem cumpridos e as competências adquiridas.

Segundo a OE (2019), as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista pressupõem “a educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p. 4744). As competências adquiridas ao nível da Responsabilidade profissional, ética e legal, da Melhoria contínua da qualidade, da Gestão dos cuidados e do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram várias.

Relativamente à melhoria contínua da qualidade, desenvolvi competências ao realizar uma revisão da literatura relevante e pertinente para o SMIP. A mesma apresentou como tema a Avaliação do risco de desenvolver Úlcera por Pressão (UPP) através da Escala

de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Apêndice I).

As UPP são um indicador sensível aos cuidados de enfermagem, logo são afetadas e influenciadas pelos respetivos cuidados prestados (Cubbin & Jackson, 1991). Desta forma, os enfermeiros recorrem ao uso de instrumentos de avaliação de risco de alterações da integridade da pele. Instrumentos esses que coadjuvam na avaliação do risco e na identificação precoce das pessoas com alto risco de desenvolver UPP. Assim, os profissionais de saúde poderão realizar intervenções precoces e reduzir os resultados mais desfavoráveis.

Os instrumentos abordados neste trabalho foram a Escala de Braden, a Escala de Cubbin & Jackson e a Escala revista de Cubbin & Jackson. A Escala de Braden é um instrumento amplamente usado para avaliar o risco de UPP, mas o seu poder preditivo é controverso em contextos como a UCI (Wei & al., 2020). Esta compreende 6 domínios: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento (Bergstrom, 1987). No que concerne à Escala de Cubbin & Jackson, o objetivo depreendia-se em dotar os enfermeiros em cuidados intensivos com um instrumento simples e eficiente para avaliar objetivamente o risco de UPP dos doentes em UCI. O instrumento, desenvolvido em 1991, apresentava 10 domínios: a idade, peso, pele, estado de consciência, mobilidade, estado hemodinâmico, respiração, nutrição, incontinência e higiene. Quando foi revisto em 1999, passou a incluir 12 domínios, que acrescentavam aos 10 domínios anteriores, o domínio dos antecedentes pessoais e as necessidades de oxigénio (Jackson, 1999). Atendendo à prevalência e impacto da problemática, torna-se essencial encontrar estratégias que possam diminuir a incidência e prevalência de UPP em doentes internados em UCI.

Foram analisados quatro estudos, sendo que os artigos nº 1 e nº 4 realizaram o estudo com recurso à Escala revista de Cubbin & Jackson e, o artigo nº 2 e nº 3 usaram a Escala de Cubbin & Jackson. Os resultados foram, por isso, discutidos separadamente. É importante ainda referir, que os valores de corte para atribuição de alto risco foram diferentes. Estes fatores podem ter condicionado as conclusões retiradas, bem como a comparação entre as mesmas.

Relativamente aos resultados apresentados, os autores do 1º estudo, Higgins, Casey, Taylor, Wilson & Halcomb (2020) descrevem que a Escala revista de Cubbin & Jackson demonstrou propriedades preditivas superiores e maior discriminação em comparação com a Escala de Braden para a previsão do risco de UPP em doentes críticos com trauma

cirúrgico. Sugerem ainda, que numa população com trauma cirúrgico em estado crítico, a Escala de Braden leva a uma sobrevalorização do risco.

No 2º estudo, de Liu, Chen, Liao, Gu, Hsu & Poon (2013), a Escala de Cubbin & Jackson demonstrou uma melhor especificidade e valor preditivo positivo. No que diz respeito à validade global das escalas, a Escala de Braden apresentou melhor validade geral do que a Escala de Cubbin & Jackson.

No 3º artigo analisado, os autores Delawder, Leontie, Maduro, Morgan & Zimbardo (2021) demonstraram que ambos os instrumentos foram preditores significativos de alterações cutâneas e identificaram como "em risco" 100% dos doentes que tiveram uma mudança na integridade da pele. Embora a Escala de Braden tenha sido aceite como um padrão de cuidados na população de doentes internados em cuidados intensivos, este estudo identificou a Escala de Cubbin & Jackson como uma alternativa comparável. As validades preditivas das Escalas de Cubbin & Jackson e Braden são semelhantes, mas ambas apresentam baixa especificidade e valor preditivo positivo.

No 4º e último estudo, Adibelli & Korkmaz (2019) concluem que ambas as escalas são fiáveis e válidas para a avaliação do risco de UPP em doentes em UCI. No entanto, a capacidade preditiva de determinar os doentes com risco e os doentes sem risco de desenvolver UPP foi melhor com a Escala revista de Cubbin & Jackson do que com a Escala de Braden, de acordo com a sua sensibilidade geral e valores de especificidade. A capacidade discriminatória da Escala revista de Cubbin & Jackson (entre os doentes com risco de desenvolver UPP e sem risco) foi melhor.

Quanto ao processo de discussão, no artigo nº1 de Higgins, Casey, Taylor, Wilson & Halcomb (2020), justifica-se uma investigação adicional para replicar as qualidades preditivas da Escala revista de Cubbin & Jackson. Descreve, ainda, que a Escala de Braden leva a uma sobrevalorização do risco, dado semelhante aos resultados reportados por Griswold, Griffin, Swain & Kerby (2017). Ademais, Deng, Yu & Hu (2017) demonstram que a Escala de Braden tem demonstrado ser imprecisa em doentes em situação crítica, pela sua baixa especificidade e baixo valor preditivo positivo. Em contrapartida, a Escala revista de Cubbin & Jackson foi validada pela sua sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e área sob a curva, para utilização na população crítica em UCI por vários autores (Ahtiala, Soppi & Kivimäki, 2016; Boyle & Green, 2001; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo & Agreda, 2014; Kim, Lee, Lee & Eom, 2009; Kim, Choi, Lee & Kim, 2013; Kosmidis & Koutsouki, 2008).

Relativamente ao artigo nº 4 (Adibelli & Korkmaz, 2019), os resultados indicam que a capacidade preditiva de determinar os doentes com alto risco e com baixo risco para desenvolver UPP foi melhor para a Escala revista de Cubbin & Jackson do que para a Escala de Braden.

Com o estudo do artigo nº2 de Liu et al. (2013), apesar da Escala de Braden apresentar melhor validade geral do que a Escala de Cubbin & Jackson, este resultado foi inconsistente com outros estudos. Por exemplo, Seongsook, Ihnsook & Younghee (2004) relataram que a Escala de Cubbin & Jackson mostrou melhor validade global em comparação com a Escala de Braden e a Escala de Douglas.

Os resultados da análise do artigo nº3, indicam que a validade preditiva da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala de Braden são semelhantes, mas ambas apresentam baixa especificidade e valor preditivo positivo. Refere que a mudança na prática pode não ser justificada, uma vez que não existem diferenças entre as duas escalas que ofereçam benefício prático para os enfermeiros.

A utilização de um instrumento de avaliação de risco válida e fiável permite aumentar a frequência e a eficácia das intervenções preventivas de UPP, com base nos fatores de avaliação do risco (Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina & Alvarez-Nieto, 2006). É indiscutível que a forma de prevenção major, referida e citada por vários autores é a correta avaliação do risco de desenvolver UPP e, dessa forma, a aplicação de intervenções em função do risco, reduz os custos, otimiza o tempo e os recursos e atua sobre os doentes que efetivamente apresentam alto risco. Assim, e de acordo com a análise dos quatro estudos, concluo que o benefício da aplicação da escala mais adequada ao contexto permite discriminar os doentes com maior risco. Os resultados mais positivos prenderam-se na aplicação da Escala revista de Cubbin & Jackson, embora existam também autores que considerem a Escala de Cubbin & Jackson vantajosa no contexto de UCI. Pelo contrário, no que diz respeito a esta última, quando comparada com a Escala de Braden, os resultados não se apresentam tão satisfatórios, revelando que se assemelham. Não obstante, todos os autores apresentaram algumas limitações, propondo estudos futuros.

A evidência da escala ideal para a população que se encontra em UCI é inconclusiva. A avaliação do risco pela Escala de Braden é amplamente utilizada e validada (Garcia-Fernandez, Pancorbo-Hidalgo, Agreda & Torres, 2013; Seong-Hi & Lee, 2016; Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina & Alvarez-Nieto, 2006). Porém, carece de validade preditiva em doentes em cuidados intensivos e, muitas vezes, com uma sobrevalorização do risco de UPP. Relativamente, à Escala de Cubbin & Jackson e Escala

revista de Cubbin & Jackson, foram projetadas especificamente para doentes em cuidados intensivos, existindo resultados contraditórios.

É, desta forma, importante realizar investigação para explorar a validade quer da Escala de Cubbin & Jackson, quer da sua versão revista, em doentes em situação crítica (Šáteková & Žiaková, 2014), mas, acima de tudo realizar comparações diretas entre a Escala de Braden e as Escalas de Cubbin & Jackson, com os mesmos doentes e no mesmo espaço de tempo (Liu, Chen, Liao, Gu, Hsu & Poon, 2013). Para além das escalas abordadas anteriormente, existem outras que merecem atenção e que seriam importantes objetos de investigação, como a Escala de *Sunderland Pressure Sore Risk Calculator* (Lower, 1995) e a *Critical Care Pressure Ulcer Assessment Tool made Easy – CALCULATE* (Richardson & Barrow, 2015; Richardson & Straughan, 2015), já validada em Portugal por Monteiro (2021).

A Revisão da Literatura foi apresentada à equipa numa formação em serviço, na qual se discutiram aspetos relacionados com as especificidades da aplicação da Escala de Braden versus a Escala revista de Cubbin & Jackson, sobretudo o facto de que a Escala de Braden poderá sobrevalorizar o risco e apresentar uma menor capacidade discriminatória.

Na área da gestão dos cuidados, no sentido de compreender qual o papel do Enfermeiro Gestor, Enfermeiro de Apoio à Gestão e Enfermeiro Coordenador, tive a oportunidade de realizar um turno com cada um destes. No acompanhamento do Enfermeiro de Apoio à Gestão e do Enfermeiro Coordenador, realizei atividades como a verificação da medicação extra-acordo e de stocks de medicação, a contagem de estupefacientes e, ainda, procedia à gestão das admissões e das altas do serviço. O programa utilizado para o pedido de medicação é a Glintt – SGIM e para o pedido de reparações denomina-se de Glintt – CP CHS – GIH. Na minha opinião, permitiu-me adquirir a consciência da necessidade de garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, adaptando ainda a gestão dos recursos às situações e ao contexto.

A aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista ocorreu de forma gradual e positiva. O cuidado à PSC e da família/cuidador foi conseguido através do estabelecimento de uma relação terapêutica com adequação de técnicas de comunicação, que permitiram identificar as suas necessidades, antecipando instabilidades. Apesar de apresentar alguma dificuldade na estruturação do pensamento crítico, as intervenções eram executadas com a finalidade de promover, prevenir e controlar a doença aguda. Para além disso, procurei diagnosticar precocemente complicações, atuando com resposta rápida e eficaz, envolvendo sempre a PSC no plano de cuidados.

Enumero de seguida alguns exemplos de competências que fui adquirindo e explorando no decorrer do estágio, algumas das quais apenas trabalhadas neste contexto. No caso da manutenção da sedação na PSC instável e/ou desadaptada do ventilador, foi aplicado pela primeira vez no serviço o *Anesthetic Conserving Device* (AnaConDa). O aparecimento do sistema AnaConDa permite o uso de fármacos inaladores em UCI, sem necessidade de um vaporizador e de um equipamento completo de anestesia (Berton, Sargentini, Nguyen, Belii & Beydon, 2007). Entre as várias vantagens reconhecidas, de referir um acordar mais precoce e de períodos de ventilação mecânica mais curtos (Röhm, Wolf, Boldt, Schöllhorn, Schellhaass & Piper, 2008).

No que diz respeito à avaliação da dor, recorria-se à *Behavioral Pain Scale* (BPS), mas também ao dispositivo de Índice de Nociceção de Analgesia (ANI). O ANI oferecia uma monitorização contínua da avaliação do índice de nociceção e, assim, após a respetiva avaliação da dor era possível garantir a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da mesma.

Na execução das provas de morte cerebral existe obrigatoriedade de a causa do coma ser conhecida, documentada e irreversível e que não exista qualquer atividade cerebral verificada por uma ausência de resposta motora e dos reflexos do tronco (Wijdicks, 1995). Pude experienciar a realização das primeiras e segundas provas de morte cerebral que certificaram a mesma. Posteriormente, foi realizada manutenção hemodinâmica para realizar a doação de órgãos. Porém, nem sempre o processo decorre tão naturalmente, pois a família não recebe da melhor forma a informação da respetiva doação, por se encontrar ao lado de um corpo que aparentemente ainda respira. Existiu um enorme trabalho da equipa para esclarecer que esta respiração era realizada por um ventilador e para que de alguma forma fizessem entender aos mesmos que o seu familiar iria conseguir salvar vidas.

Para além disso, contactei com a técnica de Oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO) e com a Derivação Ventricular Externa (DVE). Ao nível da monitorização invasiva, desenvolvi conhecimento sobre a Pressão Venosa Central (PVC), a Pressão tecidual de oxigénio (PtiO₂), a Variação da Pressão de Pulso (VPP), o Débito Cardíaco Contínuo com Índice de Pulso (PICCO) e o *Fluid challenge*. Quanto à monitorização não invasiva, avalei a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), observei a realização de um Doppler transcraniano e uma Broncofibroscopia.

Quanto à resposta em Situações de Emergência e Exceção, mobilizei conhecimentos intervindo em situações de risco, salvaguardando a PSC, definindo prioridades na atuação e sempre em articulação com a restante equipa.

Por último, a intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a PSC, que ocorria diariamente, muito em parte por comparar com a minha realidade de atuação. Ao trabalhar com doentes em aplasia medular, é uma competência sobre a qual reflito constantemente. Desta forma, procurei diagnosticar as necessidades no que concerne à prevenção e controlo de infeção, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos.

3. Análise Crítico-Reflexiva dos Contextos de Estágio

Após contactar com um SMIP, o caminho prosseguiu de forma entusiasmante, afunilando com um SMI monovalente. Apresentando uma tipologia de doentes oncológicos, área com a qual contacto diariamente, demonstrou ser um contexto enriquecedor, onde as aprendizagens surgiam turno após turno.

A principal causa de morte na população em geral continua a ser o cancro e, em homens e mulheres com mais de 40 anos, mantém-se como a primeira causa de morte (Miller et al., 2016). Em 2017, as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos continuaram a ser as duas principais causas básicas de morte no país, representando 29,4% e 25,0% do total de mortes, respetivamente (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Prosseguindo a tendência observada nos últimos anos, a mortalidade associada às doenças do aparelho circulatório continuou a diminuir, ao contrário da relativa aos tumores malignos, que continuou a aumentar (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Nos últimos anos, o número de doentes oncológicos a necessitar de cuidados em UCI aumentou consideravelmente (Soares et al., 2016). Contudo, a sobrevivência em UCI também é significativamente maior (Soares et al., 2016). Um outro estudo revelou que nas últimas duas décadas, os doentes oncológicos internados em UCI apresentam melhores resultados (Darmon et al., 2019). No que diz respeito à natureza e ao estadió do cancro, estas já não se encontram associadas à mortalidade após uma estadia em UCI (Azoulay et al., 2015).

Este SMI tem como função a monitorização e o tratamento de doentes com instabilidade fisiológica potencialmente grave, que requer suporte artificial de órgãos. É constituído por 7 camas em unidade aberta e 2 quartos fechados para doentes que necessitem de isolamento. Contudo, face ao número de elementos da equipa, apenas podem estar disponíveis em simultâneo, 8 camas.

São várias as recomendações técnicas da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2013) acerca das instalações de uma UCI, dado ser um fator de extrema relevância para o bem-estar e para a prestação de cuidados à PSC. Os quartos de isolamento, sendo unidades fechadas, possuem como vantagem o menor risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a maior privacidade e conforto, porém, torna a vigilância mais difícil e a exigência de mais recursos humanos. Embora as boxes individuais sejam as recomendadas pela ACSS (2013) e terem surgido com o intuito de permitir o contacto visual entre a PSC e os profissionais de saúde, sendo que idealmente deveriam apresentar divisórias transparentes, com a possibilidade de recolher a divisória que fica de frente para a central de

vigilância e com a possibilidade de todas as divisórias transparentes se tornarem opacas, o SMI apresenta as camas em unidade aberta. No que diz respeito aos monitores, os mesmos foram substituídos por uma versão mais recente no decorrer da primeira semana de estágio. Este processo foi vantajoso pois, através da exploração da equipa e da realização de uma formação acerca das funcionalidades deste novo monitor, permitiu que a aquisição de conhecimentos nesta vertente fosse numerosa e relativamente rápida. Esta formação foi extremamente interessante, pois são momentos como este que criam espaço para partilha e exposição de dúvidas e que levam a que o serviço cresça, acompanhando a evolução científica.

Relativamente aos quartos de isolamento, os mesmos não permitem um total alcance visual direto dos profissionais, encontrando-se como uma possível melhoria a instalação de um sistema de videovigilância. Nos quartos de isolamento, existe na antecamera um computador para o profissional de saúde realizar os registos de enfermagem junto ao mesmo. Tal aspeto mostrou-se facilitador no processo de registo dos cuidados de enfermagem, pois pela enorme complexidade da PSC, a possibilidade de concretizar os mesmos pela observação direta e próxima da PSC, levou a um registo mais completo e pormenorizado. Os quartos são compostos ainda por todas as instalações elétricas necessárias e pelos equipamentos adequados, quer em qualidade quer em quantidade.

A iluminação natural das unidades é assegurada por uma janela e, quanto à luz artificial, para que os ritmos circadianos sejam preservados e pela sua importância para a recuperação da PSC, o serviço tem a possibilidade de regular a luz artificial, evitando o encandeamento. A visualização, controlo hemodinâmico e o acesso a todos os doentes é realizado através de um posto de vigilância, com implantação central. Este aspeto também se revelou facilitador dos cuidados, pois permitia acompanhar continuamente o estado da PSC, não estando junto ao leito. Ademais, numa UCI com grande quantidade de ruídos, muitas vezes associados a máquinas perfusoras de terapêutica, apresentando dificuldade em compreender de onde viria cada som, era também através deste posto de vigilância que conseguia orientar os meus cuidados e perceber o tempo para o término de cada fármaco.

As visitas prolongadas, as atividades realizadas pela família/cuidador e a orientação da PSC pela família/cuidador consideram-se estratégias não farmacológicas que oferecem múltiplos benefícios para a PSC, como por exemplo a redução de incidência de *delirium* (Pabón-Martínez, Rodríguez-Pulido & Henao-Castaño, 2021). Desta forma, os quartos permitem a presença de acompanhante, com espaço para cadeirão e com televisão. A política de visitas, ainda condicionada pela pandemia SARS-CoV-2, regulamentava a existência de

1 visita por doente, no período entre as 15h e as 19h, porém, e compreendendo a forte importância do tema, o mesmo será abordado mais à frente.

Quanto às dotações seguras, apresenta-se de acordo com o descrito pela OE no Regulamento n.º 743/2019 (25/09) Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. O nível de cuidados prestados neste serviço é superior aos prestados numa unidade de cuidados intermédios, encontrando-se dotado de pessoal médico e de enfermagem com preparação adequada, sendo o ratio doente/enfermeiro de 2:1 ou de 1:1 em situações de doentes em isolamento e/ou com suporte de múltiplos órgãos. A lotação máxima do serviço é de 8 doentes, como já referido anteriormente, encontrando-se desta forma e, segundo Paiva et al. (2017), dentro do intervalo ótimo de 12 a 16, considerando 8 camas como o mínimo. Comparando com a realidade dos cuidados presenciados, considere-se que as dotações eram efetivamente adequadas, permitindo turno a turno realizar todos os cuidados necessários, mesmo face a situações imprevistas, com qualidade na consecução dos mesmos.

Segundo a OE, 2019, os Enfermeiros Especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, deverão constituir as equipas das UCI em 50%, com permanência 24 horas. No SMI são 6 os Enfermeiros Especialistas em EMC, pelo que se torna impraticável o seu cumprimento. Segundo Ferreira & Peres (2020), deverá existir a presença contínua de 1 enfermeiro de reabilitação, pois a mobilização precoce da PSC constitui uma intervenção que pode claramente alterar vários fatores de risco de morbilidade, com alterações positivas na capacidade funcional. Nesta unidade, a reabilitação é assegurada pelo departamento de Medicina Física e de Reabilitação (MFR). É necessário realizar um pedido a referenciar um doente ao respetivo departamento. O mesmo, vem ao serviço, avalia o doente e, de acordo com o cumprimento de determinados critérios, iniciam a MFR. Existe uma forte vontade da equipa em procurar soluções que permitam que todos os doentes tenham acesso diário a reabilitação, conhecendo todas as vantagens que daí possam advir.

Como tipologia de doentes, estes caracterizam-se maioritariamente por doentes cirúrgicos, que podem ser resultantes de cirurgias programadas ou após uma cirurgia urgente e, uma menor porção, é constituída por doentes do foro médico, derivados de serviços como a onco-hematologia, o serviço de transplantação de medula óssea e/ou doentes com tumores sólidos.

Com a finalidade de obter uma visão integral da PSC e das suas necessidades, é perentória a existência de uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar composta por várias especialidades, que providencie cuidados dignos (Silva et al., 2018). Neste sentido, existe

uma reunião interdisciplinar realizada todos os dias e, uma reunião multidisciplinar, que decorre às 2^a feiras, juntamente com os médicos assistentes, cirurgiões e enfermeiro gestor.

Abordando de seguida o estágio num Serviço de Urgência (SU) e Emergência Médica de um Centro Hospitalar da Zona Norte do país, o SU em questão engloba a Urgência Geral Adultos, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia-Obstetrícia, dando resposta às valências exigidas e mencionadas no artigo 5º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto (Ministério da Saúde, 2014). Um SUP com Centro de Trauma (CT), que compreende um perfil funcional e assistencial diferenciado face às situações clínicas urgentes e emergentes, de todas as especialidades médicas ou cirúrgicas. Ainda de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, em situações de urgência e emergência, representa o nível mais diferenciado de resposta (Ministério da Saúde, 2014).

A equipa é multidisciplinar e compreende o Gabinete de Apoio ao Acompanhante, a VMER que presta cuidados extra-hospitalares e a Emergência Médica Intra-hospitalar. Os elementos da equipa da VMER, após assegurarem os cuidados ao nível das situações de emergência extra-hospitalar, participavam e apoiavam na prestação de cuidados à PSC no SU, em concordância com o preconizado no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto (Ministério da Saúde, 2014).

A ACSS (2015) enumera também as recomendações técnicas de um SU. O posto de trabalho e de vigilância de enfermagem deve permitir o contacto visual com os doentes, embora devendo ser protegido com envidraçado e com resguardo acústico (ACSS, 2015). Apesar de referir que as boxes representam uma solução preferencial face ao *open space*, o SU recorre a este último mencionado. A ACSS (2015) refere que quando em sala aberta e assumindo a possibilidade da existência de doentes em cama ou cadeirão, o espaço para cada doente deverá ser similar, comportando espaço para a presença de acompanhante, com atenção às questões das condições acústicas. Na existência de quartos (tipo suite) para doentes em isolamento, estes devem encontrar-se nos extremos da unidade com presença de adufa (ACSS, 2015).

É também importante referir que no decorrer do respetivo estágio, o mesmo sofreu uma nova organização, com alteração de circuitos de doentes em resultado do início de obras no SU. No setor da Triagem mantiveram-se os encaminhamentos previamente definidos para a Área Dedicada para Doentes Respiratórios (ADR) e Área Amarela, à exceção da Área Azul/Verde. No que diz respeito à Área Azul/Verde, eram encaminhados os doentes não respiratórios e que não estivessem em maca, sendo que os doentes que necessitassem de intervenção de enfermagem aguardavam pelos procedimentos na sala de espera da área

amarela. Quanto à Área Amarela, a mesma foi mobilizada de espaço físico, encontrando-se com utentes ADR numa das extremidades, utentes de área amarela na parte central e, na extremidade contrária, com dois quartos de isolamento respiratório.

Na Área Amarela Cirúrgica/Ortopedia, encontravam-se alocados 2 enfermeiros numa Sala de vigilância cirúrgica, constituída por 10 boxes. Quanto à Área Amarela, previamente às obras, e analisando a estrutura da área, a mesma apresentava 35 boxes, sendo que dessas, as 15 primeiras boxes correspondiam a ADR. A esta área encontrava-se alocado 1 enfermeiro, o que prevenia consideravelmente o risco de transmissão cruzada de infeção com os outros doentes sem doença respiratória. Na área amarela criada no decorrer das obras, já abordada anteriormente, existiam 2 quartos com possibilidade de colocar pressão positiva ou negativa.

No que se refere à Área Laranja, esta detinha na sua estrutura 26 boxes, 1 quarto de isolamento com pressão positiva e negativa e 2 salas de procedimentos, onde nestas se encontravam várias vezes doentes em fim de vida, proporcionando alguma privacidade e dignidade, quer ao doente, quer à família. A grande maioria dos turnos, apresentava também doentes nos dois corredores da área, denominado de Corredor 1 e 2.

A sala de emergência (SE) é uma área com características peculiares, onde se permite à PSC o apoio urgente e emergente, com as condições para Suporte Avançado de Vida (SAV) (ACSS, 2015). O acesso ao mesmo deverá ser direto a partir da entrada, não atravessando outros espaços funcionais, com um espaço aberto, permitindo o acesso de 360° a cada doente, embora com possível separação com cortinas (ACSS, 2015). A SE cumpria estes requisitos, assim como era composta por todos os equipamentos necessários ao fluente funcionamento, destacando a existência de um equipamento (Rotem sigma) (Chochemore et al., 2017) para estudo da coagulação, que permite a monitorização da coagulação do sangue do doente de forma rápida, não necessitando de enviar a amostra para o laboratório. Aquando da necessidade de realização de ecografia, sem necessidade de mobilizar o doente, recorria-se à ecografia FAST (*Focused Assessment Sonography for Trauma*), a qual teve oportunidade de observar. Este é um instrumento rápido e sensível, ao qual se recorre em situações de emergência no doente politraumatizado, no sentido de verificar a presença de líquido abdominal ou torácico (Martínez et al., 2021).

É também de extrema importância gerir a iluminação natural e artificial mantendo o mais estável possível os ritmos circadianos, fundamentais para a melhoria dos doentes (ACSS, 2015). O SU em questão permite regular a iluminação artificial e tem integrante na sua estrutura janelas que permitem a entrada de iluminação natural, com presença de cortinas

que impedem a entrada excessiva de luz solar. Relativamente à circulação dentro do SU, preconiza-se que a circulação dos profissionais possa ser independente da circulação dos doentes, não permitindo por exemplo que o profissional tenha de passar pela sala de espera (ACSS, 2015). Após a reorganização do SU para consecução de obras, uma das zonas de espera de doentes ficava num local de passagem dos profissionais para a zona da copa. Assim, para que se crie um ambiente favorável para a cura, a privacidade, as condições visuais e acústicas, a qualidade do ar, o controlo da temperatura, a quantidade e qualidade de luz, as vistas para o exterior, as cores, a sinalética e a qualidade dos equipamentos, são questões essenciais (ACSS, 2015). Existem ainda mais componentes que podem auxiliar no processo de cura. Considera-se que a existência de espaços lúdicos, música ou de exposições temporárias de arte, são excelentes auxiliares para o tratamento do doente (ACSS, 2015), fator pouco trabalhado no SU em questão.

No que se refere aos sistemas de informação, o SU comporta o *Alert*, ao qual recorrem os diferentes grupos profissionais, quer como suporte de registo clínico, quer como suporte ao fluxo de trabalho entre os profissionais da equipa; o S-Clinico, utilizado acima de tudo para gestão de fármacos, materiais, entre outros; o *Health Event & Risk Management* (HER+), onde se registam os incidentes, e o Sistema de Gestão Documental (GESDOC), onde a equipa de enfermagem procede a registos documentais e de ocorrências.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, já referido anteriormente, aquando da triagem de prioridades nas urgências de adultos, a mesma deve preferencialmente ser exercida por um Enfermeiro Especialista em EMC, na área de Enfermagem à PSC (OE, 2019), critério cumprido no SU. No mesmo regulamento, nos episódios de internamento de curta duração da urgência, a definição do rácio de enfermeiros segue como referência as apreciações realizadas para as Unidades de Cuidados Intermédios (OE, 2019). De acordo com as respetivas apreciações, encontra-se sugerido que o rácio seja de 1 enfermeiro por cada 3 camas (OE, 2019), nem sempre concretizável aquando da sobrelotação do SU. Em complemento, as equipas devem preferencialmente apresentar em 50% da sua constituição, Enfermeiros Especialistas em EMC na área de Enfermagem à PSC, em continuidade, nas 24 horas.

Dando cumprimento ao descrito no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, os enfermeiros alocados à SE, são especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, com formação em SAV, em permanência nas 24 horas (Ministério da Saúde, 2014).

4. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Com o intuito da atribuição do título de Enfermeiro Especialista, os profissionais deverão deter uma série de competências comuns, adequáveis a todos os diferentes contextos de cuidados de saúde (OE, 2019). Estas competências permitem garantir que o profissional atue nos contextos de vida da pessoa e a vários níveis de prevenção, apresentando os conhecimentos, capacidades e habilidades através da sua mobilização (OE, 2019). As competências comuns são partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas e apresentam-se pela capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados, formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

A respetiva análise crítico-reflexiva das competências comuns adquiridas foi subdividida de acordo com os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: a Responsabilidade profissional, ética e legal; a Melhoria contínua da qualidade; a Gestão dos cuidados; e, o Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

4.1 *Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*

Recorrendo ao disposto no Regulamento n.º 140/2019 da OE publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 26 de 6 de fevereiro, relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista o “Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (p.4746). Para a concretização de uma prática, ética e legal, foram sempre tidas em conta as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Numa realidade onde os cuidados intensivos apresentam um ambiente altamente tecnológico, propõe-se que a proximidade, a solidariedade e que o conforto sejam fatores prementes nos cuidados de enfermagem (Stayt, Seers & Tutton, 2015). Outros autores acrescentam que garantir a privacidade leva à promoção da dignidade humana (Ozturk, Sayligil, Musmul & Acar, 2018). Desta forma, procurei equilibrar os cuidados de forma exímia, não ficando submersa com todos os dispositivos presentes no ambiente envolvente ao doente. O estado de inconsciência e de sedação da PSC não justifica que a pessoa seja exposta, comprometendo a sua dignidade.

Para além deste fator, e cumprindo os objetivos preconizados no projeto de estágio, foram incontáveis as reflexões éticas que surgiram quer no SMI, quer em SU. Ressalvo o enorme respeito e cumprimento pelo consentimento informado e/ou declaração antecipada

da vontade da PSC, como um fator positivo. Decorrente da gravidade clínica da PSC, frequentemente estes não tinham capacidade de decisão e de participação no seu plano terapêutico, porém as intervenções eram sempre realizadas tendo por base o melhor benefício para a pessoa. Em situações mais específicas era contactada a família.

A privacidade dos cuidados ao doente passa pela proteção visual e acústica do doente (ACSS, 2015). A existência de cortinas pode solucionar o resguardo visual, porém não representa o melhor isolamento acústico (ACSS, 2015). A estrutura quer do SMI, quer do SU, era uma estrutura aberta, com existência de cortinas descartáveis antimicrobianas, permitindo reservar a privacidade visual do doente. A privacidade acústica era dificultada, acima de tudo no SU, aquando da existência de sobrelotação do serviço, recorrendo à diminuição do volume vocal para as respetivas conversações. Na área amarela do SU, existiam muitas vezes em espera vários doentes sentados em cadeira, lado a lado, pelo que promovi uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do doente, através da criação de uma área na respetiva zona, mais reservada com recurso a biombo, transferia-o e, só dessa forma, procedia à minha avaliação e às respetivas intervenções.

Como fator que mereceu a minha análise, mais afeto ao departamento médico, refiro a obstinação terapêutica. É uma temática que suscita análise por parte dos profissionais e ao realizar uma pesquisa sobre este assunto, é possível concluir que as principais dificuldades em realizar uma tomada de decisão ético-clínica se deve à falta de formação relativamente aos dilemas bioéticos e aos cuidados paliativos (Gonçalves, 2020). Existem casos em que raramente, ou mesmo nunca, é solicitado o apoio da Comissão de Ética (Gonçalves, 2020). Quando se decide pela abstenção e suspensão terapêutica, normalmente estas incidem na diálise, na ressuscitação cardiorrespiratória e nos inotrópicos, sendo que questões como a hidratação e a oxigenação não se alteram (Gonçalves, 2020). Porém, segundo o mesmo autor, existe obstinação terapêutica, muitas vezes pela falta de consenso da equipa multidisciplinar e, ademais, parte dos médicos intensivistas realizaram admissões fúteis ao serviço (Gonçalves, 2020).

A este respeito, pude experienciar uma transferência de um doente que já se encontrava internado, porém admitido em situação crítica. Uma admissão precoce na UCI tem permitido verificar melhores resultados a nível geral na PSC (Azoulay et al., 2015), relacionando-se possivelmente com causas evitáveis de lesão renal aguda, como a síndrome de lise tumoral e/ou a sépsis (Darmon et al., 2013). Foram necessárias várias intervenções no doente, como a entubação oro traqueal, a colocação de acesso arterial e cateter venoso

central (CVC), a administração de terapêutica, seguido de apresentação de Atividade Elétrica sem pulso, com necessidade de 1 ciclo de SAV, com retorno da circulação espontânea. Um doente em choque séptico cujas medidas passaram pela administração de líquidos, aminas vasoativas, otimização da oxigenação, seguido do possível tratamento da causa, que neste caso decorreu no Bloco Operatório (BO), onde realizou uma Laparotomia Exploradora. Após a cirurgia e, apesar de todas as intervenções realizadas, o doente foi agravando progressivamente ao longo do dia. É possível que fatores como a sépsis, a hipoperfusão e fármacos nefrotóxicos em doentes oncológicos em estado crítico, levem ao desenvolvimento de lesão renal aguda, podendo nalguns casos, existir a necessidade de terapia de substituição renal (TSR) (Darmon et al., 2015). No final do dia, iniciou TSR, mas o doente acabou por falecer nessa noite. Foi, portanto, realizada uma reflexão em equipa sobre a necessidade de cada uma das intervenções curativas. Ademais, refletiu-se sobre as possíveis situações cujas intervenções deverão ser direcionadas para o controlo da dor, privilegiando o conforto, evitando medidas invasivas. É importante em casos como este, após reflexão da equipa, perceber quando deverão ser implementados os cuidados paliativos, associando a estes a compreensão acerca dos fármacos existentes para controlo sintomático, o agendamento de conferências familiares e a existência de reuniões multidisciplinares (Gonçalves, 2020). Em suma, as aprendizagens realizadas foram inúmeras, o que me despertou para sinais e sintomas que permitem a antecipação de instabilidade hemodinâmica e ao modo de atuação nessas mesmas situações. Ressalvar como fator positivo, o contacto com a família do doente, permitindo a presença da mesma junto ao doente, pelo tempo que desejassem.

4.2 *Melhoria Contínua da Qualidade*

Neste domínio, o objetivo foi mobilizar os conhecimentos e habilidades, assim como procurar dar seguimento às possíveis oportunidades de melhoria previamente definidas no projeto de estágio, garantindo a melhoria contínua da qualidade. Após uma análise aprofundada dos contextos, existiram vários pontos que mereciam atenção e, conseqüentemente, intervenções de melhoria. No decorrer dos turnos, consoante as oportunidades que surgiam, várias das quais definidas no projeto de estágio, discutia com os tutores questões da prática de acordo com a evidência científica.

As condições que podem levar ao erro terapêutico podem surgir em vários momentos, como por exemplo, resultantes de sistemas de gestão pouco controlados e/ou questões ligadas à fadiga dos profissionais, às más condições de trabalho ou ao número

insuficiente de profissionais, o que pode facilmente ter consequências na prescrição da medicação, transcrição, preparação, administração ou vigilância do doente, expondo o mesmo a malefícios, incapacidade ou mesmo a morte (OMS, 2017). As várias interrupções no decorrer da preparação e/ou administração de terapêutica provocam momentos de desconcentração e, conseqüentemente, possíveis erros (Monteiro, Avelar & Pedreira, 2015). Todos estes fatores associados a contextos sobrelotados e com elevada movimentação, também aumentam consideravelmente a existência de erros (Mendes, Lopes, Vancini-Campanharo, Okuno & Batista, 2018). Em contexto de SU, que revela muitas vezes as características mencionadas anteriormente, a probabilidade de ocorrência de erro pode ser maior, pelo que exigiu da minha parte um maior cuidado para a segurança do doente.

Ao abordar a notificação do erro, compreende-se que, apesar de na grande maioria das instituições a realização da notificação possa ser anónima, muitos profissionais não a concretizam por receio de consequências negativas e/ou vergonha (Souza et al., 2018). Desta forma, são necessárias mais formações acerca deste tema, aumentando a consciência dos profissionais de saúde acerca dos fatores de risco para o erro terapêutico e a importância de notificar os mesmos, promovendo a segurança do doente (Gaio, Caldeira, Charepe, Lourenço & Nunes, 2020). De acordo com a Norma 014/2015 de 6 de agosto de 2015, da Direção-Geral da Saúde (DGS), os medicamentos de alerta máximo ou alto risco apresentam um risco acrescido de causar dano ao doente, se no decorrer do seu uso existirem falhas. Não obstante a menor frequência de erro com estes medicamentos, a gravidade das suas consequências é maior, podendo levar a lesões permanentes ou até mesmo à morte (DGS, 2015a). É necessária, por isso, a implementação de práticas seguras nos contextos de prestação de cuidados de saúde. Uma das intervenções para combater o erro terapêutico, aplicadas no SMI e no SU, mais especificamente, na SE, passa pela existência de etiquetas para a preparação dos fármacos mais comuns administrados em perfusões contínuas. O nome do fármaco encontra-se impresso na etiqueta, assim como cada uma detém uma cor distinta, como o caso da amiodarona, insulina, furosemida, midazolam, noradrenalina, sufentanilo, propofol e rocurónio, com local próprio para colocação da taxa de infusão da mesma, o que se denota como um meio facilitador e preventivo do erro.

Em contexto de SU, em todas as áreas onde me encontrava, sempre que me dirigia a um doente para realizar uma intervenção, quer fosse administração de medicação ou realização de outro procedimento, como a colheita de análises, realizava a impressão de uma etiqueta com os dados do doente, sendo que ao me aproximar do mesmo, pedia que me dissesse o nome completo. Esta atuação permitia combater o erro terapêutico, evitando por

exemplo, a administração de medicação ao doente errado, pois existiam frequentemente doentes com nomes muito semelhantes e com elevada proximidade entre si. Para além disto, era sempre verificada a presença de pulseira, dada a frequência de doentes que não conseguiam expressar o seu nome, sendo a confirmação realizada através da mesma.

São várias as particularidades do SU, destacando a enorme imprevisibilidade, associada à afluência e tipologia de doentes. Apresenta como objetivo o atendimento imediato de doentes vítimas de acidente ou com doenças inesperadas, rececionando-as, diagnosticando-as e tratando-as (ACSS, 2015). Em comparação, na minha realidade diária, tenho a possibilidade de criar uma relação terapêutica e empática com o doente e, conseqüentemente, ao contactar com a nova realidade, apesar da sobrecarga de trabalho que pode muitas vezes condicionar esta relação com o doente, procurei olhar de forma holística para o mesmo, não me deixando condicionar pela pressão da elevada afluência de doentes. Desta forma, considero que esta foi uma estratégia positiva para um atendimento fluente e preventivo do erro.

Procedi à realização de duas formações no SMI, após discussão com os tutores de quais os temas que poderiam contribuir para a melhoria do serviço. Estas permitiram-me criar uma relação com a equipa de enfermagem, incentivando a partilha de experiências e de momentos de *feedback*, com o intuito de fomentar a melhoria dos cuidados.

A primeira formação resultou da revisão da literatura acerca da Avaliação do risco de desenvolver UPP através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI, realizada no contexto de estágio do 1º ano, como já referido anteriormente (Apêndice II). As UPP são uma complicação comum em doentes internados em UCI, maioritariamente sedados, ventilados e/ou acamados por longos períodos. Conseqüentemente, desenvolvem quadros de dor e angústia psicossocial, que estão associados a uma perda de independência e isolamento social (He, Tang, Ge & Zheng, 2016). Para além disso, contribuem para o aumento dos custos dos cuidados de saúde (VanGilder, Amlung, Harrison & Meyer, 2009). A incidência de UPP em doentes hospitalizados varia de 3.3% a 52.9%, dependendo da metodologia e da configuração de vários estudos (Lima-Serrano, González-Méndez, Martín-Castaño, Alonso-Araujo & Lima-Rodríguez, 2018; Campanili, Santos, Strazzieri-Pulido, Thomaz & Nogueira, 2015; Manzano & al., 2010). No entanto, os doentes críticos apresentam maior risco de desenvolver UPP do que os doentes não críticos, principalmente devido às doenças subjacentes, à hemodinâmica instável, à analgesia e/ou uso de relaxantes musculares (Lima-Serrano, González-Méndez, Martín-Castaño, Alonso-Araujo & Lima-Rodríguez, 2018).

A sua ocorrência depende de múltiplos fatores complexos. Por isso, a prevenção ativa é essencial para reduzir a respetiva incidência, demarcando-se como um primeiro passo de identificação das populações em risco acrescido, proporcionando uma intervenção precoce para reduzir quaisquer consequências adversas (Bly, Schallom, Sona & Klinkenberg, 2016). A avaliação do risco de desenvolver UPP e as intervenções de enfermagem para prevenir o seu desenvolvimento em doentes internados em UCI são recomendações para doentes críticos (Carlson, Kemp & Shott, 1999). Foram verificados inúmeros fatores de risco existentes no SMI para o desenvolvimento de uma UPP, como a sedação, as insónias, a agitação, a anasarca, a infeção, a falência orgânica, os corticosteroides, a idade, a exsudação, a humidade, a imobilidade, a instabilidade hemodinâmica, a torção, a obesidade, a hipertermia/hipotermia, o edema, a dor, a desnutrição, as aminas, a pressão, a fricção e o hipermetabolismo. Por conseguinte, as UPP desenvolvidas com maior predominância no SMI são as UPP da região occipital e do sacro. Para além do mais, existia a necessidade de aumentar o conhecimento da equipa relativamente à Escala revista de Cubbin & Jackson, que mostrou o seu interesse no decorrer da formação realizada acerca do tema. O balanço da formação foi positivo, tendo esclarecido questões existentes acerca da aplicação da escala, que mostraram ser uma possível e vantajosa alteração para o SMI. Desta forma, será possível a adoção de um instrumento que lhes permita diagnosticar adequadamente os doentes com alto risco de desenvolver UPP, possibilitando o direcionamento das intervenções.

A segunda formação teve como tema, a Avaliação de carga de trabalho em Enfermagem através do *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28) e do *Nursing Activities Score* (NAS) (Apêndice III). Foram verificados inúmeros fatores existentes no SMI como contribuintes para o aumento da carga de trabalho de enfermagem, quer pela sua estrutura, quer pela tipologia de doentes, entre outros. Deste modo, é importante adotar um instrumento que permita avaliar adequadamente a carga de trabalho existente no SMI, possibilitando uma adequação segura do número de enfermeiros aos cuidados prestados.

As UCI apresentam elevados custos, devido ao uso de tecnologia avançada, de espaço físico diferenciado, bem como de pessoal altamente especializado (Altafin et al., 2014). Nas últimas décadas, com a constante evolução das UCI, existiu uma forte necessidade para lidar com um aumento do número de doentes com condições clínicas cada vez mais graves, idades cada vez mais avançadas e numerosas comorbilidades. Consequentemente, estes fatores poderão ter impacto no número de intervenções, nos cuidados de enfermagem, assim como nos métodos de trabalho e na carga de trabalho da

equipa (Lachance, Douville, Dallaire, Padilha & Gallani, 2015; Ferretti-Rebustini et al., 2017).

Encontra-se descrito internacionalmente que a inadequação do número de enfermeiros leva a sobrecarga de trabalho, bem como a possíveis falhas nos cuidados, sendo que o aumento de um doente por enfermeiro, aumenta em 7% a probabilidade de mortalidade de doentes cirúrgicos, em 23% a probabilidade de insatisfação no trabalho e em 15% o risco de desenvolver Síndrome de *Burnout* (Magalhães, Riboldi & Dall'Agnol, 2009). Desta forma, a promoção de uma cultura de segurança nos cuidados de saúde (DGS, 2020) tem como estratégia a adequação de rácios e horários dos enfermeiros (Moreno et al. 2020, in Pinho, 2020). Ademais, de acordo com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, as UCI são classificadas em três níveis de cuidados e é definido o rácio Enfermeiro/Cliente de 1/3 no caso de nível I, 1/2 no caso de nível II e de 1/1 no caso de nível III (OE, 2019).

Ao longo do tempo, foram desenvolvidos vários instrumentos. Os índices de gravidade como o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE II) e o *Simplified Acute Physiologic Score* (SAPS II) permitem a obtenção de dados relativos à gravidade e ao prognóstico, possibilitando calcular o risco de mortalidade do doente crítico (Gonçalves, 2006). No entanto, estes índices não são sensíveis na avaliação da dependência dos doentes, nem permitem prever a carga de trabalho de enfermagem (Padilha et al., 2010). Por outro lado, existem índices criados para a avaliação da carga de trabalho de enfermagem, amplamente utilizados em UCI, podendo dividir-se em 2 grupos, de acordo com os seus métodos: métodos que avaliam as intervenções terapêuticas previamente selecionadas, como o TISS-28, o OMEGA e o *Nine Equivalents of nursing Manpower use Score* (NEMS); e, os métodos que permitem avaliar o tempo de execução dos cuidados de enfermagem, como o *Project Research of Nursing* (PRN) e o *Time Oriented Score System* (TOSS) (Gonçalves, 2006).

Em Portugal, nos últimos anos, foi verificada uma crescente preocupação com modelos de gestão e fórmulas que permitissem calcular o número de profissionais de enfermagem necessários em cada serviço (OE, 2019), garantindo níveis de segurança e de qualidade em saúde, bem como a gestão eficaz dos custos (Padilha et al., 2015). No que concerne especificamente às UCI, destaca-se as exigências de tratamentos intensivos, com qualidade e segurança, implicando elevados custos (Cabral, de Melo Silveira, de Andrade Silva & Xavier, 2021). Denotam-se, desta forma, várias razões para o interesse da avaliação da carga de trabalho de enfermagem, pois uma equipa com elementos a mais do que o

necessário para os cuidados aumenta os custos, e uma equipa reduzida leva a perda de eficácia e de qualidade na assistência, assim como ao aumento do tempo de internamento, gerando também mais custos (Queijo & Padilha, 2009).

Logo, e tal como o TISS se encontra descrito na literatura internacional como um dos primeiros métodos para medir a carga de trabalho de uma equipa de enfermagem em UCI (Nunes, 2000), este também tem sido amplamente utilizado em Portugal, após a sua validação.

O TISS é um instrumento criado em 1974, com 57 intervenções terapêuticas, atualizado em 1983 para 76 intervenções, que permite dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em UCI e a gravidade da doença. A avaliação das respetivas intervenções terapêuticas é realizada segundo a complexidade, se o procedimento é invasivo e qual o tempo dispensado pelo enfermeiro, classificando os doentes em quatro grupos (I a IV), de acordo com a maior ou menor necessidade de vigilância e de cuidados (Cullen, Civetta, Briggs & Ferrara, 1974; Keene & Cullen, 1983). As classes de Cullen permitem classificar o tipo de doente, o seu grau de gravidade e a necessidade de permanecer em UCI (Pinto & Pires, 2009).

Este instrumento foi amplamente atualizado em 1996 para facilitar a sua aplicação na prática, resultando na versão TISS-28 (Miranda, de Rijk & Schaufeli, 1996). Apresenta 28 itens, inseridos em 7 categorias de intervenções terapêuticas, com um score total que pode variar entre 1 e 78 e denominam-se: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas (Miranda, de Rijk & Schaufeli, 1996). Cada ponto do TISS-28 corresponde a 10,6 minutos do tempo de um enfermeiro na prestação de cuidados a um doente (Padilha et al., 2005; Tranquilli & Padilha, 2007). No que concerne à execução das atividades expressas no TISS 28, está demonstrado que o enfermeiro despende apenas 43,3% do seu tempo e que 34,3% de outras atividades relacionadas com os cuidados à PSC não se encontram incluídas no TISS 28 (Severino, Saiote, Martinez, Deodato & Nunes, 2010).

O NAS, resulta da modificação do TISS-28 e encontra-se dividido em 7 grandes categorias com um total de 23 itens, com scores que variam entre 1.2 e um máximo de 32. O score máximo que pode ser obtido é de 176.8%, representando o tempo despendido pelo enfermeiro por turno (Miranda et al., 2003; Queijo & Padilha, 2009). Encontra-se estabelecido como ponto de corte, que um score total e superior a 100%, demarca-se como um indicador da necessidade de pelo menos dois enfermeiros na prestação de cuidados de saúde a um determinado doente, por dia (Miranda et al., 2003; Queijo & Padilha, 2009).

Cada ponto do NAS equivale a 14,4 minutos de assistência de enfermagem prestada (Bochembuzio, 2007). Sendo que a principal alteração face ao TISS-28 se deparou na categoria das atividades básicas, ao incluir atividades que estão ligadas ao suporte e aos cuidados com os familiares dos doentes, bem como tarefas administrativas e de gestão. Incluídas nestas tarefas administrativas e de gestão, devem contemplar-se as pesquisas, a aplicação de protocolos, os procedimentos de admissão e de alta, que interfiram nos cuidados ao doente, como por exemplo as Normas de Orientação Clínica (Dias, 2006). Desta forma, é possível que o NAS englobe 80.8% das atividades de enfermagem, ultrapassando largamente a abrangência de 43.3% do TISS-28. É, por isso, um instrumento de medida estável para avaliar a carga de trabalho de enfermagem em UCI (Queijo, 2002). Através do estudo de 2009, de Queijo & Padilha, é possível inferir índices satisfatórios de confiabilidade, de validade de critério e de constructo e, conseqüentemente, sugerir o seu recurso para avaliar de forma confiável e válida, a carga de trabalho de enfermagem em UCI.

No que se refere à aplicação do NAS, numa primeira etapa os diversos cuidados de enfermagem carecem de padronização quanto ao tempo despendido na sua execução, de acordo com a realidade do serviço (Gonçalves & Padilha, 2005). Posteriormente, os enfermeiros devem ser treinados para aplicarem o NAS (Gonçalves & Padilha, 2005). Naturalmente, uma das críticas ao NAS resulta desta aplicação retrospectiva, pois pode não corresponder às verdadeiras necessidades do doente naquele momento. Contudo, num estudo de Padilha & Ducci (2008) e, embora o NAS não seja um instrumento de gestão com aplicações retrospectivas, descreve-se uma comparação entre o NAS retrospectivo e o NAS prospetivo, que mostra não existirem diferenças significativas entre ambas as aplicações.

Também se encontra descrito que o NAS, quando aplicado com um índice de gravidade como o SAPS II, poderá ser vantajoso para criar uma relação entre a gravidade e a carga de trabalho em enfermagem. Ou seja, o agravamento da condição médica de um doente, associa-se a um aumento da carga de trabalho (Novelli et al., 2009). Adicionalmente, um estudo realizado por Adell et al. (2006), revela que quando avaliado o NAS versus NEMS, o NAS revela uma melhor adaptação para avaliar as cargas reais de trabalho em doentes internados em UCI.

Macedo et al. (2016) procederam ao processo de adaptação e validação do NAS para o contexto português, apresentando como principal conclusão o facto de se revelar um instrumento válido, que permite avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros com segurança.

São já alguns os estudos concretizados por vários autores, que declaram o NAS como um instrumento fiável para uma gestão eficaz, que permite apropriar o número de

enfermeiros resultando numa redução de custos, detetar serviços com uma baixa lotação do número de enfermeiros, as suas respetivas particularidades no que concerne à PSC, bem como as suas necessidades de cuidados (Padilha et al., 2010; Inoue & Matsuda, 2010; Nogueira, Koike, Sardinha, Padilha & Sousa, 2013).

A área do doente oncológico apresenta alta especificidade de cuidados, encontrando um doente que precisa de auxílio para lidar com a nova condição, como o apoio psicológico, de nutricionista, assistente social, entre outras. Por todas as inúmeras exigências, Castro & Popim (2018) adaptaram o NAS para a área de Enfermagem Oncológica, dada a conhecer no SMI para utilização no futuro.

A aplicação dos instrumentos referentes neste trabalho permite que os argumentos dos enfermeiros, no que diz respeito às dotações seguras, passem a basear-se em fundamentação teórico-científica, deixando de lado a subjetividade, contribuindo para a justificação a nível superior de qual o número de enfermeiros adequado para determinado serviço (Souza, Lima, Castro Franco & Barçante, 2010).

Face ainda ao apresentado, é notório que o NAS, comparativamente ao TISS-28, consegue retratar melhor todo o trabalho efetuado pelos enfermeiros. O NAS é um instrumento com sensibilidade, que permite inserir as dimensões mais subjetivas das atividades realizadas e associadas aos cuidados ao doente. Avalia o tempo de duração real de cada atividade de enfermagem, aliada a fatores como o tempo de internamento, o tipo de admissão, a taxa de mortalidade, entre outros (Miranda et al., 2003). Contudo, como já referido anteriormente, existe uma forte necessidade de realizar mais estudos, para que cada vez mais, e em mais UCI, sejam aplicados instrumentos que permitam adequar os recursos humanos, facilitando consequentemente a aplicação dos mesmos sem sobrecarga da equipa de enfermagem e possibilidade do respetivo seguimento dos dados obtidos nas diversas avaliações.

Resultante da curta duração do estágio, este trabalho debruçou-se apenas sobre o TISS-28 e o NAS, contudo em 2021, surgiu um modelo que inclui as atividades do TISS-28 e do NAS, denominado como *Nurse Operation Workload* (NOW). Este modelo vem superar os modelos já existentes no que se refere à avaliação da carga de trabalho de enfermagem, concomitantemente com a inclusão de um menor número de atividades e resultante redução dos registos (Margadant et al., 2021). A carga de trabalho de enfermagem avaliada com o NOW permite uma visão do tempo real necessário para os cuidados do doente, e Margadant et al. (2021) consideram que o mesmo representa 89% do tempo necessário para os cuidados de enfermagem à PSC, contra 43.3% pelo TISS-28 e 59% pelo NAS. Portanto, considera-se

como um instrumento com grandes potencialidades, sugerindo-se que o mesmo seja traduzido, validado para o contexto português e aplicado em diferentes contextos.

A formação realizada acerca do tema gerou um momento de discussão na equipa, concordando que perante um tema tão relevante, seria importante trabalharem no sentido da transição de instrumento.

No SU foi trabalhado o tema da Violência face ao profissional de saúde em SU e a Comunicação com o doente nesse mesmo contexto.

Quanto ao primeiro tema, e existindo episódios de violência no contexto de estágio referido, surgiu um trabalho, denominado “Violência em Contexto de Serviço de Urgência”, que se destinou aos enfermeiros adstritos ao mesmo, como um instrumento de consulta (Apêndice IV).

No Setor da Saúde, e de acordo com o preconizado pela DGS, a prestação de cuidados e a qualidade de vida para todos os intervenientes é beneficiada aquando da existência de ambientes seguros e saudáveis, que promovam confiança (DGS, 2022). Existem dificuldades na definição de violência, no entanto, segundo Comeskey (2016), a violência contra os enfermeiros, pode definir-se como qualquer acontecimento cujo profissional sofra abuso, ameaça ou agressão em contexto relacionado com a atividade profissional e que comprometa implícita ou explicitamente a segurança, bem-estar ou saúde.

A violência gera consequências negativas para os profissionais de saúde vítimas da mesma (Martins, 2017), que podem ser imediatas ou, por vezes, a longo prazo (Vitolo, 2011). Contribui ainda, para o aumento do descontentamento com o trabalho, para a baixa produtividade e menor qualidade dos cuidados (Martins, 2017). Segundo a DGS (2015b), torna-se cada vez mais um problema de direitos humanos, pois cria desigualdade, discriminação, estigmatização, conflitos no local de trabalho, assim como afeta a dignidade do profissional. As consequências da violência podem ser físicas e/ou psicológicas, devendo o profissional de saúde obter os respetivos cuidados (DGS, 2015b). Porém, uma das maiores dificuldades para que se desenvolvam estratégias que permitam a prevenção da violência, bem como a sua gestão, depara-se com uma subnotificação destes episódios em contexto de trabalho (International Council of Nurses, ICN, 2017). Para que se propiciem ambientes de trabalho seguros, os líderes e gestores dos cuidados de saúde devem incentivar os profissionais de saúde a notificar a agressão, mesmo que não tenha levado a ferimentos visíveis (Copeland & Henry, 2017).

A violência surge como um problema mundial, estimando-se que exista pelo menos um episódio de violência física ou psicológica por ano em cerca de 50% dos profissionais

de saúde (Schat, Frone & Kelloway, 2006). Desta forma, a DGS (2006) publicou a Circular Informativa "Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais", onde propõe uma abordagem que leve à prevenção e resolução deste problema. Posteriormente, foi criado o Observatório Nacional da Violência contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (ONVCPSLT), que aporta de novo uma estratégia de registo anónimo das situações de violência sofridas pelos profissionais (DGS, 2006). Já o "Sistema Nacional de Notificação de Incidentes" (Notifica), foi criado pela DGS, em 2014, através da Norma n.º 015/2014, que incluía neste sistema os dados do anterior Observatório. Em 2016, as notificações de violência foram monitorizadas pela DGS através do Notifica, segundo as orientações da Organização Mundial de Saúde.

Encontra-se também estabelecido no Código do Trabalho, que existe o dever do empregador em criar boas condições de trabalho, quer ao nível físico, quer moral, incluindo dessa forma a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e da organização de Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho, de acordo com a Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro (Assembleia da República, 2009).

Assumido como um problema a nível nacional e internacional, foi aprovado o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS) em Resolução do Conselho de Ministros (n.º 1/2022, de 5 de janeiro). O PAPVSS encontra-se inserido no Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida e procura prevenir episódios de violência, realizar uma correta abordagem aos mesmos, apoiar as vítimas, amenizando as consequências da violência (DGS, 2022).

As condições de vida e de saúde, a acessibilidade, o atendimento e o encaminhamento nos cuidados de saúde, a fadiga e exaustão, os sentimentos de frustração e sofrimento emocional vivido por aqueles que se encontram doentes ou por quem presta os cuidados, podem determinar episódios de violência (DGS, 2022). Portanto, num contexto de qualidade, onde se gera confiança e justiça, com melhores condições de trabalho, existe uma diminuição da violência (DGS, 2022). Imprescindível para que se previnam os episódios de violência, engloba-se a literacia promovendo uma cultura de não-violência, a comunicação e o envolvimento da comunidade (DGS, 2022). Assim, as formações contínuas acerca do tema, a criação de melhores condições de trabalho a nível estrutural, de recursos humanos e de recursos materiais, a existência de protocolos para registo dos casos de violência, o melhoramento da organização e a gestão do atendimento e acolhimento do utente, dialogando com o mesmo, caracterizam-se como fatores preventivos (Palagi, Noguez, Amestoy & Porto, 2015).

Na presença de sinais característicos da iminência de um ato de violência, como uma pessoa com punhos cerrados, ameaças verbais, com presença de armas ou objetos potencialmente perigosos, com agitação psicomotora e/ou sob efeito de alguma substância ilícita, devem ser tomadas algumas medidas (Kaplan & Sadock, 1995).

As zonas de trabalho de acesso livre são um risco para situações de violência, assim como a ausência de agentes de segurança, a não notificação e conseqüente ausência de intervenções a nível organizacional (Antão et al., 2020). Evans (2017) descreve que a *California Occupational Safety and Health Administration* (Cal-OSHA) exige que todas as instituições de saúde criem um plano escrito de prevenção para a violência, que abranja uma avaliação do risco de todas as áreas da mesma. Copeland & Henry (2017) referem ainda como fatores de risco, o facto de existirem utentes que acedem ao SU com armas ou sob o efeito de substâncias psicoativas, o acesso livre do utente e acompanhante, a pouca segurança e as longas horas de espera muitas vezes em ambientes pouco confortáveis, como por exemplo, em cadeiras rígidas.

A violência pode ocorrer sob várias formas, não existindo apenas a violência física. Por provocar dano físico ou psicológico, ou até mesmo morte, após o uso intencional de força física, este tipo de violência leva por vezes a que se descure a violência psicológica, sexual, o assédio moral e a violência contra o património (DGS, 2022).

Após um caso de violência, podem surgir várias conseqüências a curto e/ou a longo prazo, como por exemplo, um aumento das faltas ao trabalho ou a execução do mesmo de forma pouco produtiva e um aumento dos custos com cuidados médicos ou apoio psicológico (Renker, 2015). Para além destas, existem ainda conseqüências diretas para o profissional de saúde que sofreu de violência e para os utentes, que neste caso podem sentir um atendimento não adequado, com diminuição da satisfação nos cuidados (Renker, 2015). Segundo o ICN (2006), as conseqüências da violência fazem-se sentir através de sentimentos de culpa, raiva, depressão, baixa autoestima e impotência; de lesões físicas ou mal-estar geral, como cefaleias e vômitos; aumento de estados de ansiedade; detrimento de relações interpessoais; insatisfação no local de trabalho, entre outros. Similarmente, uma vítima de violência, apresenta estados de hipervigilância após contacto com o stress e as ameaças, conseqüências negativas para a própria saúde, exigindo assim uma abordagem individualizada no âmbito da saúde ocupacional (Antão et al., 2020).

Segundo Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi (2002), subsistem custos diretos da violência, como a incapacidade e morte, o absentismo, o desemprego e doenças do foro físico e mental. No que concerne aos custos indiretos, é mencionada a diminuição do desempenho

profissional, da produtividade e da competitividade e, por último, os custos intangíveis, que se demarcam pelo efeito negativo na imagem da organização, a baixa motivação, a quebra da lealdade para com a organização, o enfraquecimento da criatividade e o ambiente hostil para trabalhar (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002).

Como já referido anteriormente, todos os trabalhadores deverão conhecer os instrumentos de atuação em caso de situações de violência e ser treinados, por exemplo, através de simulações (DGS, 2022).

No local e em tempo de trabalho, os episódios de violência são classificados como um acidente ou incidente de trabalho. A participação eletrónica de acidentes de trabalho de trabalhadores que exerçam funções em entidades públicas empresariais é concretizada pelo empregador, ao abrigo do disposto no Código do Trabalho, na Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro (Assembleia da República, 2009), no Decreto-Lei n.º 106/2017, de 29 de agosto (Assembleia da República, 2017) e na Portaria n.º 14/2018, de 11 de janeiro (Assembleia da República, 2018). Esta participação para a respetiva seguradora é obrigatória, por via informática, devendo ser realizada no prazo de 24 horas a partir do momento em que obtém conhecimento. O não cumprimento do disposto anteriormente, constitui uma contraordenação grave a infração da obrigação. Ainda segundo a DGS (2022), os acidentes de trabalho mortais ou com lesões físicas graves, deverão ser comunicados à ACT através do preenchimento de um formulário, nas 24h após o sucedido. O empregador é responsável por investigar o acidente de trabalho e o Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho/Serviços de Saúde Ocupacional procedem à análise do mesmo, verificando as causas, diretas ou indiretas. O regime de acidentes de trabalho de trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas está estabelecido no Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro. No caso dos estabelecimentos integrados no setor público, a participação de acidente de trabalho deve ser realizada de acordo com o previsto na alínea c) do n.º 3 do Artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro. Ademais, as entidades empregadoras públicas remetem a informação sobre os acidentes de trabalho ao competente departamento de estatística do ministério responsável pela área do trabalho.

Para além disto, a DGS (2022) emana qual o percurso a ser realizado pelo profissional em situações em que é vítima de violência, referindo quais os documentos a preencher, como o Modelo de “Participação e Qualificação de Acidente”, o “Boletim de Acompanhamento Médico” e o “Formulário de Comunicação de Episódio de Violência” da própria instituição onde se encontra. A instituição de saúde realiza a denúncia de crime, de

acordo com o Art. 242º do Código Penal, através do preenchimento de um Formulário de Denúncia de Crime (Assembleia da República, 1995).

A ofensa à integridade física simples ou grave (qualificadas), a ameaça, coação e perseguição (agravadas) e o sequestro são considerados Crimes Públicos (DGS, 2022). Já a injúria, difamação, publicidade e calúnia, são Crimes Semi Públicos (DGS, 2022). Assim, e de acordo com a Lei nº 55/2020 de 27 de agosto, que integra os objetivos, prioridades e orientações da política criminal, os crimes contra o sistema de saúde e em ambiente de saúde são indicados como de prevenção e investigação prioritária, recomendando-se o policiamento de proximidade e programas especiais de polícia nos serviços de saúde.

Relativamente ao segundo tema, no processo de cuidar e para que se crie um relacionamento efetivo com o doente, a comunicação é um instrumento básico e eficaz. Através da comunicação, compreendem-se as necessidades da pessoa/família/cuidador, humanizando os cuidados. Permite ainda, a existência de interação, efetivando o cuidado (Broca & Ferreira, 2015). A comunicação realizada entre o profissional de saúde e o doente tem um papel fundamental na produção de maior satisfação (Shah, Patel, Rumoro, Hohmann & Fullam, 2015). Messina et al. (2015) concluíram que a comunicação com o doente deve sofrer melhorias, informando o mesmo relativamente a situações de emergência que aumentam os períodos de espera, reforçando os cuidados a ter após a alta, assim como atender às dúvidas e às necessidades. Para que se comunique de forma eficiente, o profissional deve ser capaz de garantir que o doente percebe toda a informação que lhe é transmitida, proporcionando um retorno adequado (Sousa, 2009). Ao fornecer informações aos doentes, as necessidades satisfeitas são várias, como permitir lidar melhor com a doença, diminuir estados de ansiedade e stress, incrementar sentimentos de segurança e aumentar a adesão aos tratamentos (Emanuel & Emanuel, 1992).

No desenvolvimento da comunicação, para que se estabeleça uma relação de ajuda, deve existir disponibilidade, autenticidade, franqueza, empatia, preocupação com o outro, capacidade de escuta e compreensão, entre outros (Gonçalves, 2014). O acesso ao princípio de autonomia do doente, a confiança mútua, o consentimento informado e a informação necessária para que o doente/família se ajude a si próprio e se permita ser ajudado, é proporcionado pela comunicação (Pereira, 2008). Nunes (2016) refere que o doente precisa de informação clara, objetiva e verdadeira. Uma comunicação eficaz permite a satisfação do doente, bem como a sua adesão aos cuidados de saúde. Comunicação esta adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional e às crenças de saúde de cada pessoa (Brás & Ferreira, 2016).

O comportamento verbal e não-verbal do profissional deve demonstrar empatia e transmitir segurança (Silva & Araújo, 2012). Como em qualquer serviço, é também essencial que no SU, os profissionais de saúde desenvolvam uma boa comunicação e saibam ouvir. A comunicação com a equipa multidisciplinar é igualmente importante, no sentido de promover uma melhor organização dos cuidados e uma assistência de qualidade (Cielo, Camponogara & Pillon, 2013). Nesta valência de serviço, pode existir uma visão fragmentada do doente, valorizando a técnica em detrimento da componente relacional e da humanização. Assim sendo, é necessário reforçar que o doente não é apenas a sua patologia (Montezeli, Meier, Peres, Venturi & Wolff, 2009).

As tecnologias assumem cada vez mais uma maior predominância e os profissionais de saúde incidem na qualidade técnica da sua ação, negligenciando a parte humana dos cuidados de saúde (Pereira, 2008). Assim, a sensibilidade do profissional é essencial para que se observem e identifiquem situações, eliminando preconceitos e juízos de valor (Pereira, 2008).

Fiske (2010) enumera elementos envolvidos na comunicação não verbal, que podem completar o discurso verbal ou contradizer o mesmo, como o contacto físico, a proximidade, a orientação, a aparência, os movimentos da cabeça, a expressão facial, os gestos, a postura, o movimento dos olhos e contacto visual e os aspetos não-verbais do discurso. A escuta ativa permite que todo o profissional comunique, não estando apenas a ouvir. Segundo Hélène Lazure (1994), na escuta ativa é necessário um local calmo e favorável à escuta, uma distância confortável para o doente, inclinar o corpo ligeiramente para a frente, uma atitude corporal de abertura, olhar o doente de frente, aceitar os momentos de silêncio, reformular aquilo que foi dito pelo doente, nunca desconsiderar a linguagem não verbal, entre outros. A comunicação permite ainda que se crie uma relação terapêutica. Desta forma, Riley (2004) expressa que as condições para que a mesma se desenvolva são a escuta, o silêncio, a orientação, os comentários abertos, a redução de distância, a consideração, a recapitulação, a reflexão, a clarificação, a validação consensual, a focalização, a síntese e a planificação.

Por todos estes fatores, e pela verificação de vários momentos em SU onde o doente mostrava não compreender o que se estava a passar à sua volta, aparentemente, por falhas de comunicação, foi realizado um trabalho em *PowerPoint* para consulta da equipa, acerca da “Comunicação com o doente em Serviço de Urgência”, procurando despertar a mesma para um tema simples, mas por vezes esquecido (Apêndice V). Após obtenção do feedback da equipa, cheguei à conclusão de que existiram simples mudanças na prática, com grande influência para o doente. Algumas mudanças passaram por ajustar a comunicação ao tipo de

pessoa que se encontra à frente, por exemplo evitar termos médicos, procurar tranquilizar o doente comunicando todos os passos que estão a ser realizados e evitar falar acerca do doente entre profissionais, à frente do mesmo, não lhe explicando aquilo que está a ser dito.

Face ao exposto, encontra-se demonstrada a aquisição de competências no que concerne à mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade nos diferentes contextos. Desenvolvi ainda, práticas de qualidade recorrendo ao uso de evidência científica.

4.3 *Gestão dos Cuidados*

O enfermeiro, quando gere os cuidados, deve procurar a qualidade assistencial e as melhores condições de trabalho para os profissionais, apresentando como foco o recetor dos cuidados, superando o olhar tecnicista do cuidado, em busca do olhar holístico (Treviso, Peres, da Silva & dos Santos, 2017). Desenvolve, ainda, ações de organização de métodos de trabalho e dos recursos humanos, providenciando as condições necessárias para o cuidado ao doente (Mattia, Kleba & Prado, 2018).

Na área da gestão do SMI, pude acompanhar o Enfermeiro Gestor que coordena a equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais (AO), e assume a responsabilidade pelas atividades de formação. Foi ainda verificada a promoção da satisfação pessoal dos enfermeiros, muitas vezes verificada na distribuição do plano de cuidados, tentando sempre equilibrar o mesmo, criando um clima de boas relações interpessoais. Ademais, este tipo de intervenção no âmbito da gestão de cuidados, contribuía para a qualidade do ambiente de cuidados, das práticas dos enfermeiros e do processo de cuidados.

Também foi possível acompanhar a Enfermeira que se encontrava no apoio à gestão, que substituíra o Enfermeiro Gestor, apoiava na gestão de equipamentos, de pessoal, assim como na organização da unidade de cuidados. Quando à gestão da medicação, esta encontrava-se toda em stock no serviço, sendo repostada por níveis, através do sistema Kanban (Cecílio et al., 2020). Relativamente aos recursos humanos, fazia parte das suas funções, o preenchimento do TISS-28 e do NAS.

Na ausência dos Enfermeiros mencionados previamente, ficava destacado um Enfermeiro Responsável de Turno, cujas funções pude observar e integrar. Este elemento assumia as tarefas do Enfermeiro Gestor, sendo da sua responsabilidade a resolução de problemas, quer de ordem técnica, quer organizacionais que pudessem surgir.

Por isso, o Enfermeiro Gestor, Enfermeiro de Apoio à Gestão e Enfermeiro Responsável de Turno, representam papéis essenciais na gestão do serviço, área declaradamente complexa e dinâmica, que influencia diretamente os cuidados de enfermagem. Apenas se a área da Gestão e da Coordenação funcionar corretamente é que as dinâmicas de um serviço decorrem com normalidade. Na minha opinião, estas funções representam uma parte do trabalho, porém fundamental para que os cuidados de enfermagem decorram com a maior naturalidade possível, permitindo uma melhor qualidade, redução dos riscos e dos custos associados aos cuidados de saúde. Acompanhei e auxiliei frequentemente no papel de Enfermeiro Responsável de turno, em que a gestão dos cuidados era realizada em articulação com a equipa, garantindo a segurança e a qualidade das intervenções realizadas e das delegadas.

No âmbito da gestão de cuidado foi importante colaborar no processo de admissão do doente. Antes da mesma, era assegurada a operacionalidade da unidade, com ventilador e monitor funcionante e sistema de aspiração ligado. À chegada da PSC, primeiramente procedíamos à avaliação e monitorização das funções vitais (estado de consciência, perfusão periférica e coloração da pele, sinais vitais, débito urinário, controlo eletrocardiográfico). De seguida, eram assegurados no mínimo dois acessos venosos, avaliada a disfunção de órgão e/ou órgãos e realizada uma manutenção adequada das funções vitais. Prossequíamos com a elaboração de uma “Nota de entrada”, bem como todos os registos associados, e verificavam-se os exames necessários. Todas estas intervenções eram predominantemente executadas em simultâneo, pois era geralmente necessária uma resposta rápida, sendo que a equipa trabalhava em conjunto e em complementaridade no sentido da obtenção de maiores ganhos.

As competências adquiridas a este nível foram várias, sendo que as decisões eram tomadas em colaboração com a equipa e aquando da avaliação do doente, e se necessário, era ponderada a referenciação do mesmo para alguma especialidade ou abordado o caso em conjunto com o médico. Ao delegar tarefas, procedia sempre à sua supervisão, garantindo novamente a segurança e a qualidade dos cuidados. Face aos recursos existentes, eram aplicados métodos de organização do trabalho adaptados, com uma utilização eficiente dos mesmos. Na correta gestão dos cuidados era sempre tida em conta a priorização dos cuidados, considerando por exemplo, as prováveis saídas para o BO, a necessidade de algum MCDT e/ou a instabilidade hemodinâmica do doente.

Segundo Paiva & al. (2017), o serviço de medicina intensiva apresenta o “Circuito do Doente Crítico” e engloba uma missão de assistência, prevenção, diagnóstico, tratamento de doença crítica e, ainda, que os cuidados intensivos e intermédios ocorram dentro e fora

das unidades, ou seja, na SE do SU, na equipa de emergência intra-hospitalar, nos doentes graves das enfermarias, na consulta de follow-up intra-hospitalar e de ambulatório. Deverá ser garantida uma assistência ao doente crítico, com uma resposta diferenciada, disponível 24h por dia, 7 dias por semana. Compreende-se, desta forma, que o SMI se encontra a percorrer um caminho neste sentido. O SMI apresentava um Projeto de avaliação da PSC após a alta, que englobava uma Consulta de Follow-up. A avaliação ocorre ao 30º dia após a alta, sendo que é sempre realizada presencialmente, ou ainda em regime de internamento ou aquando do seu regresso às consultas de seguimento. A avaliação é concretizada através do preenchimento do EORTC *Core Quality of Life questionnaire* (EORTC QLQ-C30), da Escala de ICU *mobility scale*, da Escala de *Barthel* e da Escala *Impact of event scale*. Infelizmente, no decorrer do estágio não existiu a oportunidade de participar nas avaliações mencionadas, considerando o projeto extremamente vantajoso e uma estratégia de gestão positiva, que pode certamente aportar ganhos na redução dos reinternamentos no SMI.

Durante o estágio no SU foi possível observar e integrar o papel do Enfermeiro Coordenador de Equipa que apresenta funções de gestão operacional na área de supervisão da equipa de enfermagem e AO, bem como, o controlo de materiais e equipamentos, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Gere também os recursos humanos, por exemplo em casos em que necessita de identificar, comunicar e suprir, se possível, as ausências de enfermeiros não programadas, na ausência do Enfermeiro Gestor. Sempre que a situação o justifique, procede à mobilidade dos enfermeiros nos diferentes setores. Na gestão da prestação dos cuidados de enfermagem, é o enfermeiro de cada setor que se responsabiliza pela respetiva reposição do material, assim como dos respetivos carros utilizados aquando da execução de procedimentos. Quando não era possível a reposição após a sua utilização ou no final do turno, a situação era comunicada ao Enfermeiro Coordenador de Equipa.

Para além do Enfermeiro Coordenador de Equipa, em todos os turnos e em cada setor, é definido um Líder de equipa. Com a área frequentemente sobrelotada, reúne com a equipa e define a melhor estratégia de atendimento, não descurando a qualidade dos cuidados. Foi percecionada uma oportunidade de melhoria, que teria de incluir uma abordagem em conjunto com a equipa médica pois, por exemplo quando analisadas as prescrições farmacológicas, as mesmas encontravam-se por vezes prescritas com intervalos de tempo entre si, quando nalguns casos poderiam ser prescritas à mesma hora, reduzindo as deslocações ao doente, promovendo uma melhor gestão do tempo dos cuidados, muitas vezes tão precioso neste contexto. A questão foi abordada com a equipa, concluindo que o

caminho a percorrer seria trabalhar para que, num futuro próximo, existisse uma melhor articulação entre a equipa médica e de enfermagem.

Os riscos clínicos e os riscos não clínicos encontram-se em contexto hospitalar (Tavares et al., 2019a). No que se refere aos riscos clínicos, estes podem gerar danos físicos e/ou psicológicos aos doentes, em resultado de riscos direta ou indiretamente associados aos cuidados que se prestam (Tavares et al., 2019a). Quanto aos riscos não clínicos, estes resultam de intervenções e práticas influenciadas pela manutenção da estrutura física e dos apoios assistenciais (Tavares et al., 2019a). Desta forma, a segurança das várias instituições resulta dos valores, atitudes, perceções, capacidades e competências que demarcam o compromisso e a gestão da segurança (Wagner et al., 2019). Ademais, a gestão do risco procura determinar estratégias que reduzam os riscos associados à prestação de cuidados, identificando, avaliando e tratando os potenciais ou reais riscos de uma organização (Neiva, 2022). Face ao descrito, tive oportunidade de juntamente com a Enfermeira Tutora, em vários turnos, proceder à realização de notificações de risco, geralmente em turnos com sobrelotação de doentes, reportando esses casos e descrevendo os potenciais riscos. Desta forma, muitos elementos da equipa ficavam também despertos para a situação e procediam ao registo de incidentes, procurando uma maior segurança no atendimento do doente.

A padronização dos cuidados de saúde, recorrendo por exemplo a normas relativamente a procedimentos, revela-se importante para a qualidade dos cuidados (Borges & Brasileiro, 2018). No que se refere à gestão da qualidade, apesar do SU apresentar informaticamente um local para colocação de instruções de trabalho, manuais e procedimentos, estes ainda se encontravam para validação, sendo que seriam colocados e disponibilizados à equipa num futuro próximo.

A oferta de cuidados no domicílio promove a redução de internamento hospitalar desnecessário, possibilitando a garantia da segurança dos cuidados, no conforto do lar (Katzer & Madeira, 2016). Evita a deslocação desnecessária aos serviços de saúde e aumenta a satisfação dos doentes (Araújo et al., 2019). O SU apresenta também uma equipa de profissionais de saúde, que constituem a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD). Esta equipa realiza apoio domiciliário a determinados doentes que preencham os critérios de inclusão, ou seja, doentes que apresentam condições médicas passíveis de ter alta para o domicílio, em que apenas necessitam de cumprir por exemplo, um antibiótico endovenoso. Desta forma, e dado existirem frequentemente falta de vagas no internamento e o doente necessitar de permanecer no SU durante vários dias, esta estratégia denota-se como uma solução muito positiva.

A otimização da resposta ao doente em situação crítica é um momento de extrema complexidade, que pode ser auxiliada pela correta gestão dos recursos (Pegoraro, 2019). Por essa razão, existem kits organizados por tipo de intervenção a realizar em SE, com o intuito de otimizar o tempo de atuação. Para que em emergência, a resolução da mesma possa decorrer sem contratempos, são realizadas várias verificações diárias para garantir a operacionalidade da SE e respetiva manutenção eficaz. Procedi a este tipo de verificações diariamente, o que me auxiliou em momentos de atuação, numa primeira fase por conhecer a respetiva alocação dos materiais e numa segunda fase, por compreender facilmente o funcionamento dos vários equipamentos, o que permitia agilizar a resposta em situação de emergência, desenvolvendo ainda competência na otimização do trabalho juntamente com a equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Relativamente às obras no SU, as mesmas exigiram alterações que revelaram necessidade de ajustes dos espaços físicos, mas acima de tudo, de toda a equipa de profissionais. O que seria expectável ser apenas uma dificuldade minha, passou a ser de toda a equipa, pois, o espaço para a prestação de cuidados tinha mudado, assim como a forma e o local em que os recursos estavam dispostos. Consequentemente, foi necessário existirem ainda mais momentos de entreajuda e de discussão, para que não se prejudicassem os cuidados. Num espaço diferente onde surgiam frequentemente problemas e condicionantes, foi em equipa que se solucionaram as respostas para proporcionar um atendimento melhor e mais individualizado.

4.4 *Aprendizagens Profissionais*

A busca pelo conhecimento das características pessoais e individuais compreende o autoconhecimento e permite que se possa compreender o outro em questões emocionais, culturais e nas práticas do autocuidado (Haboba, 2022). Ao praticar o autoconhecimento, o enfermeiro, para além de melhorar a sua qualidade de vida, permite construir uma comunicação terapêutica na sua prática de enfermagem, baseada numa assistência humanizada (Haboba, 2022). Procura, desta forma, a autonomia e autoconsciência do doente, tendo consciência da sua responsabilidade na recuperação, manutenção e promoção da saúde do mesmo (Haboba, 2022).

Ao iniciar os diferentes estágios, apresentava várias ideias pré-concebidas de quais seriam as minhas forças e de quais iriam ser as minhas dificuldades. A verdade é que só após o primeiro contacto com cada uma das realidades é que ganhei a consciência efetiva dos

momentos mais difíceis e daqueles onde conseguia manter a minha assertividade enquanto profissional. Não obstante, através de todo o trabalho realizado quer em casa, quer no contexto juntamente com a restante equipa, a adaptação aos mesmos foi conseguida de forma positiva, permitindo autoconhecer-me e valorizar a minha dimensão pessoal.

O aumento da complexidade e da exigência dos cuidados surge como resposta à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, o que exige que os profissionais de saúde sustentem as suas práticas em evidência científica, sejam flexíveis, inovadores e tenham capacidade de adaptação a novas realidades e de alterar comportamentos (Teixeira, 2021). A prática baseada em evidência científica permite progredir na melhoria dos cuidados e contribuir significativamente para a confiabilidade dos mesmos, sendo necessário posteriormente sustentar a incorporação das evidências nos respetivos contextos (Camargo et al., 2018).

A prática dos cuidados foi regida em consonância com os instrumentos legais da profissão, nomeadamente as competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, enfermagem à PSC e o Código Deontológico. Ademais, e tendo já mencionado a sua extrema relevância, foi valorizada e procurada sempre a fundamentação em evidência científica.

5. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

A especialidade em EMC engloba uma enorme abrangência, assim como as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, segundo a qual se identifica a forte obrigatoriedade de especificar as respectivas competências, tendo em conta o recetor e o contexto onde os cuidados são prestados (OE, 2018). Distinguem-se por isso diferentes áreas de enfermagem, sendo neste trabalho abordada a área de enfermagem à PSC. Por forma a facilitar a explicitação das competências adquiridas nesta área, procede-se à divisão de acordo com o Cuidado à PSC e da família/cuidador; a Resposta em Situações de Emergência e Exceção; e, a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a PSC, como já mencionado anteriormente. De ressaltar que foram cumpridas as atividades inerentes à concretização dos objetivos definidos no projeto de estágio, à exceção da verificação do treino/exercício de ativação do plano em situação de catástrofe, da colaboração na revisão do respetivo plano e do reconhecimento das ações a desenvolver neste tipo de situação.

5.1 *Cuidado à Pessoa em Situação Crítica e da família/cuidador*

O contacto diário com a PSC revelou-se como uma aprendizagem contínua e constante. O profissional de saúde foca grande parte das vezes a sua atenção no cuidado físico e na técnica, em resultado dos sentimentos de incompetência, insatisfação, culpa, stress, frustração e desespero, desenvolvidos pela incapacidade de compreender e de comunicar com a PSC, por exemplo quando a mesma se encontra ventilada (Handberg & Voss, 2018; Noguchi, Inoue & Yokota, 2019). De forma a providenciar qualidade nos cuidados, uma melhor reabilitação, uma diminuição do sentimento de isolamento e uma diminuição da confusão, é necessário melhorar as capacidades de comunicação e de interação com a PSC (Handberg & Voss, 2018). Encontra-se ainda descrito que a PSC tem tendência a recordar-se da comunicação com o enfermeiro, apesar do estado de inconsciência que apresenta durante grande parte do internamento (Dithole, Thupayagale-Tshweneagae, Akpor & Moleki, 2017). É ainda importante garantir a dignidade da PSC que se encontra ventilada, conhecendo que a mesma influencia adequadamente a comunicação, apoiando a comunicação bidirecional (Noguchi, Inoue & Yokota, 2019). Apesar das inúmeras “barreiras à comunicação” encontradas no contacto com a PSC e compreendendo a forte importância de manter uma comunicação eficaz, foi necessário recorrer a estratégias facilitadoras da comunicação como por exemplo, pedir para piscar os olhos uma ou duas vezes, para

responder sim ou não, respetivamente. Após a aplicação destas estratégias, verificava-se o impacto e o entendimento do que era transmitido na respetiva relação terapêutica. Para além do mais, as perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica eram sentidas e era sempre realizada tentativa de providenciar apoio emocional à PSC.

O cansaço, o stress, a depressão, um défice do sistema imunitário e, conseqüentemente, um aumento do risco de desenvolver doenças infecciosas são sintomas resultantes da privação do sono (Gandarinho, 2017). Literatura recente revela que a qualidade do sono é influenciada por fatores intrínsecos ao doente, como a dor, ansiedade, desconforto, medo e stress e por fatores extrínsecos, como por exemplo o ruído, as luzes, os dispositivos médicos e os odores (Gandarinho, 2017). No que concerne aos fatores de índole profissional, destacam-se as intervenções dos profissionais e a administração de medicação (Gandarinho, 2017). Em conjunto com a equipa, ao verificar todos estes fatores, houve um esforço para colmatar os mesmos, evitando quando possível interferir no ciclo do sono, por exemplo reduzindo os ruídos dos profissionais de saúde e dos monitores.

Todo o contexto de uma UCI incita nos doentes e respetivas famílias sensação de desamparo, desvinculação, desconhecimento, o que leva a estados de ansiedade e stress (Coelho, Silva, Costa & Capelas, 2014). Portanto, os profissionais de saúde devem criar momentos de partilha, de afeto e de intimidade entre a PSC e a família (Coelho, Silva, Costa & Capelas, 2014). É marcadamente um período repleto de mudanças, alteração de rotinas e de convívio com um ambiente desconhecido. Segundo a ACSS (2013) e, face à situação da PSC, deve ser providenciado conforto térmico, luminoso e acústico. Procura-se que a intensidade luminosa no espaço de cada PSC possa ser regulada, pois permite a manutenção dos ritmos circadianos pela iluminação e, em casos de realização de procedimentos, é possível a existência de uma luz mais forte. No SMI, como já referido, existe esta funcionalidade de regular a luminosidade, sendo um fator muito positivo. Quanto à musicoterapia e, tendo em conta que a mesma constitui um método de alívio, diminuindo o stress (Metin, Izgu, Karadas & Donmez, 2018), a mesma foi também sugerida no contexto.

No que diz respeito à avaliação da dor, a mesma é conseguida através do recurso a escalas, como por exemplo a *Behavioral Pain Scale* (BPS). Na PSC que se encontra anestesiada considera-se um desafio manter a analgesia mais adequada pela incapacidade da PSC expressar a dor ou apresentar comportamentos que revelem dor (Shahiri, Richebé, Richard-Lalonde & Gélinas, 2021). Entre as medidas não farmacológicas, as estratégias implementadas passavam pela realização de massagens e pelo posicionamento antiálgico.

No caso da manutenção da sedação na PSC instável e/ou desadaptada do ventilador, habitualmente no SMI recorre-se a fármacos como o propofol e o midazolam, no entanto estes apresentam uma série de efeitos secundários. Atualmente, as principais recomendações acerca da sedação passam para que a mesma seja mantida em baixos níveis e que permita que a PSC esteja consciente e responda a estímulos (Vieira et al., 2020 in Pinho et al., 2020, pg 86). Uma das estratégias usadas no SMI para a avaliação da sedação era a aplicação da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), na qual tive oportunidade de participar. Neste sentido, predominantemente a PSC apresentava níveis de sedação profunda.

Regularmente, em resultado dos estados de sedação em UCI surge o *delirium*. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição, da *American Psychiatric Association* (2013) evidencia a prevalência do *delirium* em doentes internados em UCI, podendo atingir os 87%. Representa um estado de consciência alterado, desatenção e desorganização do pensamento que aumenta os dias de internamento, o tempo de ventilação mecânica, os custos e a mortalidade, podendo existir um compromisso cognitivo e funcional a longo prazo (Hickin, White & Knopp-Sihota, 2017; Smith & Grami, 2017). Perante tudo isto, torna-se crucial prevenir o desenvolvimento de *delirium* através de estratégias como a movimentação precoce da PSC e a sua regular monitorização, através de uma ferramenta válida como a escala de Avaliação *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU) e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) (Devlin et al., 2018). Apesar da existência destas escalas e da relevância da sua aplicação, as mesmas não eram aplicadas no SMI, sendo o *delirium* ainda um tema a trabalhar. Não obstante, implementei algumas estratégias com o intuito da sua prevenção, em colaboração com a equipa, entre as quais a movimentação precoce da PSC e o incentivo para a presença do familiar junto do mesmo.

A abordagem nutricional da PSC no SMI é da responsabilidade da Nutricionista, que prescreve a alimentação entérica e parentérica, de acordo com as necessidades da pessoa. No que diz respeito ao controlo de glicemia, encontra-se instituído no serviço um protocolo de insulina de Yale (Goldberg et al., 2004). A perfusão contínua de insulina surge para controlo de glicemia, com predominância na PSC (Hilal-Dandan & Brunton, 2015). A PSC com insulina em perfusão, carece de avaliações frequentes, que levem a ajustes adequados da perfusão (Granadeiro, Sá, Christóvam, Spezani & Granadeiro, 2020). Avaliações com atraso, desconhecimento ou pouca experiência com o protocolo, assim como os ajustes inadequados, poderão levar à ocorrência de hipoglicemias (Marvin, Inzucchi, & Besterman, 2016). Verificou-se no SMI um balanço muito positivo na aplicação deste protocolo,

constatado pelo entendimento de toda a equipa acerca do mesmo e permitindo manter a PSC com parâmetros normoglicémicos.

Foram realizadas e aprimoradas várias técnicas e procedimentos no SMI, como o manuseamento do Cateter Arterial, das TSR, da Gasometria Arterial, da Ventilação Mecânica Invasiva e não invasiva, do desmame ventilatório, da descanulação, da Cânula Nasal de Alto Fluxo, bem como da análise dos tipos de ventilação, das curvas de pressão, fluxo e volume. Foi observada também a colocação de um cateter PICC.

Existiu a oportunidade de desenvolver competências quanto à monitorização invasiva, como a Pressão arterial invasiva, Pressão tecidual de oxigénio (PtiO₂) e a Pressão intra-abdominal (PIA). Quanto à monitorização não invasiva, coloquei em prática a avaliação da Oximetria cutânea cerebral (NIRS) através da tecnologia INVOS, do índice *Bispectral* (BIS), da Eletroencefalografia contínua (EEG), do Eletrocardiograma (ECG), da capnografia, da avaliação do nível de curarização, através do *TOF-Guard* e da Broncofibroscopia. A curarização permitia que o doente se adaptasse ao ventilador, assim como permitia um controlo dos valores da Pressão Intracraniana (PIC).

Para além destes, foram desenvolvidos conhecimentos, práticas e cuidados inerentes à assistência da pessoa submetida a vários tipos de cirurgias, entre as quais a vigilância pós-operatória de esofagectomia, colocação de prótese esofágica, cuidados à pessoa com vários tipos de drenos, como por exemplo os mediastínicos e os torácicos. Ainda de acordo com o tipo de cirurgia, o doente regressava ao serviço com um Protocolo de controlo da dor, definido pelo Serviço de Anestesiologia – Unidade de dor aguda pós-operatória. Isto porque, a dor mal controlada produz consequências nefastas e, em resultado da instabilidade hemodinâmica que a mesma pode gerar, representa o principal fator de risco para o desenvolvimento de comorbilidades (Dogrul, Kiliccalan, Asci & Peker, 2020; Muldowney & Bhalla, 2021).

De ressaltar ainda, a admissão no SMI de uma doente após realização de transplante alogénico de medula óssea. Diagnóstico interessante por se deparar como sendo a minha área de atuação diária. Participei no processo ao longo de todo o seu internamento, pois permitiu-me acompanhar esta tipologia de doentes aquando da existência de complicações pós-transplante. Como meios eficazes para reduzir a intubação em doentes oncológicos com insuficiência respiratória hipoxémica aguda, e sem indicação para a intubação, provaram ser capazes a ventilação mecânica não invasiva e a oxigenoterapia de alto fluxo (Frat et al., 2016). Esta doente exigia quarto de isolamento com pressão positiva, por valores hematológicos baixos e, sendo vários os riscos de uma intubação, o que exigia uma análise

profunda dos riscos e dos benefícios, manteve-se por cerca de 3 semanas com oxigenoterapia de alto fluxo. Encontra-se descrito em vários estudos que a ventilação mecânica invasiva tem sido associada à mortalidade em doentes oncológicos com insuficiência respiratória hipoxémica (Demoule et al., 2016). Após agravamento do seu estado geral, a doente teve mesmo necessidade de ser intubada. Os regimes de condicionamento de intensidade reduzida, a admissão precoce na UCI e o aumento da prevalência da ventilação não invasiva, associados aos avanços na hematologia, nos transplantes de medula óssea e na gestão das UCI, melhoraram as taxas de mortalidade, segundo uma revisão sistemática da literatura (Saillard, Blaise & Mokart, 2016). O transplante alogénico permanece associado a maiores taxas de mortalidade e, no caso de doentes com doença de enxerto contra hospedeiro ativo, a necessitar de ventilação mecânica, o prognóstico não tem apresentado melhoria (Jenkins et al., 2015). Foram várias as reflexões realizadas em equipa sobre este caso, nomeadamente as intervenções que aportaram ganhos, assim como as possibilidades de melhoria, embora a doente acabasse por falecer poucos dias depois da colocação em ventilação mecânica invasiva por agravamento progressivo do seu estado.

Em complemento a todas as questões já abordadas e que garantiram um forte ganho de conhecimentos, foi aprimorado o conhecimento inerente à monitorização cardíaca (interpretação do traçado elétrico), o conhecimento sobre diversas patologias e quanto à preparação, administração e características de fármacos, como propofol, cetamina, dexmedetomidina, entre outros. No que concerne à noradrenalina, a taxa de administração da mesma era gerida pelo Enfermeiro em função do valor de Pressão Arterial Média definido pelo Médico.

Procurei constantemente proceder à avaliação contínua da PSC e reformular o plano de cuidados, sempre que surgia alguma alteração no estado de saúde do mesmo, de acordo com os objetivos esperados. Informaticamente essas alterações e respetivos registos de enfermagem eram realizados através do Sistema Glintt, muito pouco adequado a um SMI. Uma das grandes falhas deste sistema passa por não integrar a informação dos dados obtidos pelos dispositivos (como os monitores, ventiladores, bombas perfusoras) e por não permitir um acesso rápido para a observação da medicação do doente. Por essa razão, a maioria dos registos é realizada em papel, numa folha própria desenhada para o SMI, permitindo fácil acesso à medicação e respetivas alterações, registos de drenagens, balanço hídrico, sinais vitais, colheitas, entre outros dados relevantes.

Segundo a OE (2018), a observação, a colheita e a busca contínua de dados, de forma sistematizada, são exigências dos cuidados de enfermagem à PSC e família, objetivando

conhecer, prever e detetar continuamente, de forma precoce a situação e possíveis complicações da PSC, assim como garantir uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Face ao descrito, considero que no decorrer dos turnos realizados, a sensibilidade para detetar alterações precocemente tornou-se mais apurada, confrontando alterações de determinados parâmetros com o estado da PSC.

A PSC internada em UCI vive geralmente um incidente inesperado que corresponde a uma transição saúde/doença, podendo desencadear uma transição situacional vivida pela família e, conseqüentemente, provocar uma redefinição de papéis, de comportamentos, com aprendizagem de novos conhecimentos e habilidades (Meleis, 2010). Dessa forma, a família revela-se como cliente e alvo de cuidados (Mendes, 2018). É necessário analisar qual o impacto da doença na família envolvente, pois seja qual for o contexto, os enfermeiros acolhem famílias (Fernandes, Gomes, Martins, Gomes & Gonçalves, 2015).

Em situações cuja comunicação, informação e apoio emocional tenham fracassado pelos profissionais de saúde, encontra-se demonstrado que existem níveis superiores de sintomas de depressão e de transtorno de stress pós-traumático experienciados pelos familiares (Carlson, Spain, Muhtadie, McDade-Montez & Macia, 2015). Ao fornecer as informações acerca do estado clínico da PSC e o apoio emocional necessário, é possível que os familiares compreendam e enfrentem positivamente o internamento e atuem como uma fonte de apoio (Frivold, Dale & Slettebo, 2015). Devendo os familiares ser incluídos no decorrer de procedimentos invasivos, dos cuidados de enfermagem (como por exemplo, hidratação dos lábios, massagens, entre outras), nas visitas médicas, nas conferências familiares e nos cuidados em fim de vida (Cypress & Frederickson, 2017). Conseqüentemente, a sua presença incrementa o sentimento de segurança, apoio e o conforto físico e emocional quer para os familiares, quer para a PSC (Cypress & Frederickson, 2017). Ademais, o stress, a ansiedade e a sensação de impotência diminuem, assim como aumenta a satisfação dos familiares (Raurell & Aymar, 2015).

Os sentimentos de ansiedade e angústia vividos pela família/cuidador podem facilmente ser ultrapassados através da comunicação (Mendes, 2019). No entanto, deve seleccionar-se o tipo de informação a transmitir, assim como a mesma ser clara, sensível e adequada às necessidades quer da PSC, quer da família/cuidador (Lusquiños, Mendes & Bento, 2019). De acordo com Bueno, Ovies, La Calle & Lallemand (2018), a família prioriza determinados esclarecimentos, como de que forma pode obter informações sobre o seu familiar, quais as opções de tratamento, qual a função dos dispositivos colocados no seu familiar, a taxa de sobrevivência, as possíveis limitações esperadas, assim como o impacto

que possam causar no dia a dia. Progressivamente é observado um aumento na complexidade das questões colocadas pela família/cuidador, sendo as mesmas mais precisas e relacionadas com o estado atual do doente (Silva & Casarini, 2019).

Confrontando a teoria com a prática do SMI, a equipa reconhece a importância da família, considerando que a integração da mesma nos cuidados deve ser implementada. Na minha atuação e, sempre que contactava com a família/cuidador, procurei criar uma comunicação interpessoal que gerasse uma relação terapêutica, adaptando a mesma face às eventuais “barreiras à comunicação” e à complexidade do estado da PSC. Ainda, quando detetava estados de ansiedade e medo, assistia a família/cuidador, recorrendo a habilidades de relação de ajuda.

Para além disto, existe no serviço uma sala para a realização de Conferências Familiares, destinada a reunir com a família para abordar o estado da PSC. Geralmente a comunicação ocorre com o médico e o enfermeiro e é abordado o agravamento do estado geral e/ou PSC em fim de vida. Infelizmente não surgiu nenhuma Conferência Familiar no decorrer do meu estágio, reconhecendo a extrema importância da mesma.

Um outro papel fundamental da família passa pela orientação da PSC para a realidade, devendo ser orientada sobre como deve comunicar, orientar e como interagir com a mesma, recorrendo por exemplo a conversa com temas atuais, referir acontecimentos de vida/memórias significativas, através de fotografias ou com recurso às músicas preferidas, entre outros (Pereira et al., 2016). Incorporar a família na prevenção e no tratamento da confusão aguda permite que esta reduza a sua incidência (Pereira et al., 2016) e, ademais, melhora consideravelmente os níveis de satisfação e conforto da família (Smithburger, Korenoski, Kane-Gill & Alexander, 2017).

A abordagem à família no SMI foi no geral positiva. À chegada do familiar, é o elemento da equipa de enfermagem que está nesse turno responsável pela PSC juntamente com o AO, que recebe e prepara o familiar e lhe dá informações sobre as normas, procedimentos e estado de saúde do seu familiar. Sempre que necessário, proporciona-se na visita um momento para que o médico converse com o familiar. Na impossibilidade de algum familiar poder comparecer à visita, existe a tentativa da equipa de enfermagem para realizar uma chamada telefónica. No caso de um doente em fim de vida, internado no SMI, foi permitido à família, (os filhos que se encontravam longe da instituição), que lhes fosse dado o tempo para se deslocarem à instituição e se puderem despedir do pai e, só no término de todo este processo, se desligasse o ventilador.

Para além destas estratégias, foi notória a necessidade de desenvolvimento de outras que incluíssem a família, dada a sua extrema importância, como já referido anteriormente por vários autores. Foram detetadas várias oportunidades de melhoria, no entanto, face ao curto período de estágio e ao direcionamento das intervenções para outras vertentes, não foi possível atuar a este nível tanto quanto gostaria. Não obstante, foram abordadas questões com a equipa de enfermagem, como a avaliação das necessidades da família, a avaliação da satisfação familiar, a realização de diários da PSC, o envolvimento do familiar nos cuidados à PSC e a possibilidade de visita durante 24 horas. No que diz respeito à elaboração de um diário do doente, deve iniciar-se pela justificação do mesmo, seguido da colocação de uma fotografia de um exemplar de uma unidade, contendo a explicação da função de cada equipamento e uma lista com os nomes dos elementos da equipa (Garrouste-Orgeas et al., 2017). De seguida, devem ser registadas informações como, motivo de admissão, ocorrências e principais atividades realizadas ao longo do internamento (Garrouste-Orgeas et al., 2017; Garrouste-Orgeas et al., 2019). Num estudo de Kredentser et al., (2018), numa escala de avaliação da ansiedade e da depressão, os doentes cujo seu diário foi realizado, apresentaram níveis inferiores nas respetivas escalas. Torres, Nelson & West (2020) descrevem que doentes que leram o seu diário conseguiram completar as memórias que tinham em falta relativamente ao internamento em UCI. Tavares et al. (2019b) recomendam a realização do diário em todos os doentes internados em UCI e que se encontrem sedados por 3 ou mais dias. A equipa mostrou-se recetiva quanto ao tema e aberta à sua possível implementação.

Todas as reflexões realizadas identificaram oportunidades de melhoria no conhecimento e as oportunidades relevantes de investigação. Para além do mais, permitiram compreender o papel e a importância do Enfermeiro Especialista, incrementando os cuidados de qualidade e a eficiência do mesmo, com a aquisição de respetiva autonomia e responsabilidade nos cuidados prestados.

O SU é caracterizado pela constante mudança e pela rapidez de acontecimentos não programados, que impõem uma enorme adaptação, bem como uma resposta atempada e adequada (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, 2019). Tive a oportunidade de ter experiências em todas as áreas do SU, resultando em imensas aprendizagens.

A Triagem de Manchester comporta a identificação da queixa inicial, seguindo o fluxograma correspondente. Por fim, o utente é classificado de acordo com uma cor, correspondente à gravidade da situação e, conseqüentemente, ao tempo alvo de observação

inicial (DGS, 2018a). Para além dos algoritmos específicos, existem as Vias Verdes AVC, Coronária, Trauma e de Sepsis.

Na triagem encontram-se geralmente 2 enfermeiros, que após a identificação da queixa, percorrem o respetivo fluxograma e identificam para que área e que especialidade o doente será encaminhado. O papel do enfermeiro nesta área é decisivo e condicionante de todo o processo no SU, pois pode triar de forma desajustada, provocando um sobretriagem ou uma subtriagem (Salgueiro, 2018). No caso da sobretriagem, o enfermeiro pode conceder uma prioridade ao doente superior à que efetivamente necessita, consumindo mais recursos do que aqueles que realmente necessitaria (Salgueiro, 2018). Pelo contrário, a subtriagem ocorre quando a prioridade atribuída é inferior à que o doente necessita, podendo colocar em causa a segurança do próprio doente (Salgueiro, 2018). Portanto, a triagem era sempre realizada em consciência, com uma correta avaliação do doente, compreendendo que se a mesma não fosse conseguida da forma mais correta, iria condicionar as áreas, sobrelotando por exemplo uma área laranja com doentes cuja gravidade apenas os colocaria numa área amarela, sendo que todos os doentes que efetivamente se incluíam numa área laranja poderiam ter a sua segurança e os cuidados comprometidos.

Através do software clínico ALERT@PAPER FREE HOSPITAL (PFH), aquando da entrada do doente, era de imediato tirada uma fotografia ao mesmo, no sentido de facilitar a sua identificação. Intervenção de extrema importância que facilitava os cuidados nas restantes áreas, pois quando algum doente ainda não se encontrava alocado a nenhuma box, tornava-se um meio facilitador para identificar o próprio.

Na Área Azul/Verde não existia monitorização dos doentes e apenas era permitida administração de medicação por via oral, subcutânea e intramuscular. Noutro caso, teriam de ser obrigatoriamente encaminhados para a área amarela. Aquando da triagem, os doentes adultos com prioridade verde ou azul, eram informados para se dirigirem ao secretariado interno do SU. No secretariado, o doente era informado da possibilidade de consulta na sua unidade de saúde no prazo de 24 horas. Por sua livre escolha, o doente poderia aceitar o encaminhamento, ou no caso de não aceitar, era orientado para a sala de espera. Estratégia extremamente bem conseguida, pois era uma área que atingia longas horas de espera para uma primeira observação, em doentes cuja observação poderia ser feita em Unidades de Saúde Familiar ou Serviços de Atendimento a Situações Urgentes.

Nos turnos adstritos à Área Amarela Cirúrgica/Ortopedia, encontravam-se muitas vezes doentes que permaneciam 3 ou 4 dias a aguardar ida ao BO. Nestes turnos, tive oportunidade de proceder a alguns tratamentos de doentes com feridas, colaborar na

aplicação de tala gessada e auxiliar na colocação de um colete de *jewett*. Quanto à Área Amarela criada no decorrer das obras, já abordada anteriormente, nos 2 quartos com possibilidade de colocar pressão positiva ou negativa, encontravam-se na maioria das vezes mais doentes do que a sua lotação. Experimentei a presença de 6 doentes com Gripe A, 3 em cada quarto. Já mencionada previamente a forte importância da privacidade do doente, em cada atuação que realizava, no sentido de criar um ambiente mais confortável e digno, colocava biombos e só posteriormente realizava quaisquer cuidados. No que se refere à Área Laranja, esta era uma área de forte intensidade de trabalho, onde a principal aprendizagem passou pela priorização de cuidados.

A qualidade do sono em SU pode ser afetada pelos ruídos, luzes, medicações e os respetivos cuidados ao doente (Chang, Owens & LaBuzetta, 2020). Por consequência, pode existir diminuição da função cognitiva, aumento da sensibilidade à dor, aumento do valor de glicemia em jejum, desregulação da temperatura corporal, diminuição da resposta ventilatória face à hipercapnia e à hipoxemia, diminuição da resistência muscular na inspiração, aumento da pressão arterial, entre outros (Chang, Owens & LaBuzetta, 2020). Um dos problemas mais graves das instituições em geral, passa pelo incorreto fluxo de saída, levando ao “internamento” inapropriado no SU (Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, 2019). Conhecendo as consequências da perturbação do sono, em contexto de estágio foi verificado que por inexistência de vagas em internamento, os doentes permaneciam em SU por vezes até 7 dias. No decorrer destes dias, no caso por exemplo de uma área laranja, onde a estrutura foi desenhada por boxes para ter uma capacidade para 26 doentes, encontravam-se em média 40 a 50 doentes, quando maioritariamente mais de metade destes aguardavam vaga no internamento. Os doentes que não se encontravam em boxes, onde existia a possibilidade de promover a privacidade pela presença de cortinas descartáveis antimicrobianas, permaneciam distribuídos pelos corredores. A acrescer a este fator, de referir a possibilidade da presença de um acompanhante por doente, o que aumentava em número a ocupação desta área. Consequentemente, o ruído era por vezes difícil de controlar, inclusive no período da noite, quer pelas conversas existentes entre doentes, pela abordagem dos enfermeiros e/ou médicos, quer pelos ruídos dos aparelhos de monitorização ou de sistemas de vácuo. O controlo da luminosidade era possível, reduzindo a intensidade da mesma, embora o ambiente nunca ficasse escurecido na sua totalidade.

De acordo com o artigo n.º 14 da Lei n.º 15/2014, de 21 de março (Assembleia da República, 2014), quando existe a presença de acompanhante, o mesmo não pode interferir na normal prestação de cuidados ao doente, pelo que no SU existia a conciliação do direito

de acompanhamento do doente, com situações excepcionais e/ou imprevisíveis, que exigiam medidas de segurança relacionadas com a afluência anormal do número de doentes ao SU. Nestes casos, por decisão do Chefe de Equipa do SU coadjuvado pelo Coordenador da Equipa de Enfermagem, existia a necessidade de solicitar que o acompanhante se ausentasse do setor da urgência onde se encontrava. Relativamente ao artigo n.º 15 da lei referida anteriormente, no que se refere às informações do estado de saúde do doente, o acompanhante tem o direito a ser informado de forma adequada e em tempo aceitável, à exceção de indicação contrária do doente ou em questões sujeitas a sigilo profissional. Face à constante sobrelotação do SU, era verificada uma dificuldade em comunicar com o acompanhante. O grande número de cuidados de enfermagem, bem como a sua exigência, associado à constante entrada de novos doentes, dificultava a transmissão de todas as devidas informações quer ao doente, quer ao seu acompanhante. Para contrabalançar esta situação, procurava em cada intervenção que tinha de realizar a cada doente, dialogar com o mesmo, aportando as informações que tinha conhecimento e que me eram permitidas fornecer, tranquilizando o doente e acompanhante. Ademais, sempre que algum acompanhante me abordava para obtenção de informações, procurei sempre dar resposta, muitas vezes dialogando com a equipa médica. A presença de acompanhante, acabava por se tornar num fator positivo, pois este colaborava nos posicionamentos, cuidados de higiene, bem como na sua alimentação.

Padronizar e sistematizar a comunicação leva a que se reduzam as falhas na mesma, não influenciando a segurança dos cuidados (Ramos & Cunha, 2022). Desenvolve-se uma comunicação segura e eficaz, sem erros, fator indispensável no ato de cuidar e para a promoção de ambientes seguros (Ramos & Cunha, 2022). A Norma nº001/2017 de 8 de fevereiro, uniformiza que a transmissão de informações precisas e oportunas no momento de transição de cuidados, mitiga possíveis erros, reduzindo a mortalidade (DGS, 2017). É ainda apresentado na presente norma, a técnica ISBAR como sendo um instrumento auxiliar na transferência de informação (DGS, 2017). No SU, existia fortemente este cuidado na transição de informação o mais completa possível, referindo o nome, box, motivo de internamento e/ou diagnóstico, assim como exames realizados e pendentes. Porém, dado maioritariamente existirem doentes nos corredores, em maca, em cadeirões ou cadeiras, a sua difícil identificação não tornava fácil a transição dos cuidados. Também em passagem de turno, existiam doentes nas respetivas áreas que ainda aguardavam observação e, dessa forma, ainda não era concebível transmitir qualquer informação sobre os mesmos.

Por vezes, em SU o doente pode ser visto apenas pela doença que o traz, podendo correr o risco de não ser observado como um ser holístico, dissociando a humanização e a realidade em que se encontra inserido nos cuidados que executa (Sousa, Damasceno, Almeida, Magalhães & Ferreira, 2019). Conseguir escutar ativamente o doente relativamente às suas queixas e dúvidas é um meio para criar empatia, o que reduz consideravelmente estados de ansiedade, agressividade ou impaciência que o doente possa sofrer no decorrer da sua espera de cuidados (Soares, Brasileiro & Souza, 2018). O atendimento dos doentes que se encontram num estado de fragilidade deve ter em conta as suas particularidades, devendo as mesmas ser respeitadas (Antunes, Garcia, Oliveira, Rodrigues & Alves, 2018). No caso da não existência de dotações seguras, proporciona nos profissionais de saúde sujeitos a este tipo de situações, estados de stress físico e psicológico e aumenta o risco de doenças, ocorrência de erros e falhas que diminuem consideravelmente a qualidade dos cuidados, com consequências negativas para o doente (Reis, 2019). É fácil compreender a importância da humanização dos cuidados, embora devido aos constantes e fortes avanços tecnológicos, o cuidado fuja para a mera aplicação da intervenção técnica, com o objetivo de curar (Assis, Ribeiro, Alves & Neta, 2016). Complementando com a sobrelotação característica dos SU e com recursos insuficientes, a prestação dos cuidados pode ficar comprometida, assim como a sua qualidade (Paula, Ribeiro & Werneck, 2019). Embora tenha compreendido o esforço de todos os profissionais, tal como o meu, foi perceptível o desgaste dos mesmos pela tentativa de humanizar os cuidados, muitas vezes numa área sobrelotada, com ausência de leitos para doentes mais debilitados, escassez de recursos humanos e com várias horas de tempos de espera para observação de doentes.

Baseado na Constituição dos Direitos Humanos, as intervenções ao doente devem ter em conta as suas necessidades (Santos, 2017). A humanização dos cuidados não pode descuidar as necessidades humanas básicas dos doentes (Antunes, Garcia, Oliveira, Rodrigues & Alves, 2018). Porém, as principais queixas dos doentes quando acedem ao SU, são de que o foco dos profissionais passa pela doença, esquecendo a promoção do conforto e do alívio (Antunes, Garcia, Oliveira, Rodrigues & Alves, 2018). No SU existia essa preocupação, agilizando logo no início de cada turno as dietas para todos os doentes que não se encontravam em pausa alimentar, assim como, pelo menos 1 a 2 vezes por turno, ou quando os mesmos eram solicitados, realizavam-se posicionamentos e cuidados de higiene.

São vários os fatores que interferem nos cuidados em SU, entre os quais a sobrecarga de cuidados, a enorme agitação presente nas diversas áreas, o atendimento de todos os doentes sem exceção, resultando em sobrecarga nos cuidados, assim como a falta de tempo

(Nicolau, Montarroyos, Miranda, Silva & Santana, 2019; Pinto, Oliveira & Barreto, 2021). Por forma a combater tais situações, é necessário recorrer à priorização dos cuidados, tendo em conta a gravidade de cada doente (Nicolau, Montarroyos, Miranda, Silva & Santana, 2019; Pinto, Oliveira & Barreto, 2021).

Encontra-se ainda descrito que, no que diz respeito aos registos de enfermagem, estes precisam de ser trabalhados, evitando apenas as indicações dadas verbalmente (Cordeiro & Faculdades, 2019; Nicolau, Montarroyos, Miranda, Silva & Santana, 2019; Pinto, Oliveira & Barreto, 2021). Ora, a importância dos registos de enfermagem é extrema pois contribuem para uma avaliação e planeamento dos cuidados prestados, surgem como um instrumento no decorrer de auditorias, podem deter-se como um meio de defesa quando existe incriminação de algum profissional ou para proteção do doente (Cordeiro & Faculdades, 2019; Nicolau, Montarroyos, Miranda, Silva & Santana, 2019; Pinto, Oliveira & Barreto, 2021). No decorrer do estágio, o sistema de registo dos cuidados de enfermagem, o software clínico ALERT®PAPER FREE HOSPITAL (PFH), apresentava notas pré-definidas relativamente a vários procedimentos executados, como colocação de acesso venoso periférico ou de cateter vesical, o que otimizava em muito o tempo dos profissionais de saúde. Ainda no que diz respeito ao respetivo software, as intervenções a realizar, quer fosse colheita de análises, administração de terapêutica, entre outras, surgiam com indicativo do tempo que faltava para a sua execução. Ademais, o sistema permitia o acesso à informação de um doente por mais do que um profissional de saúde, ao mesmo tempo, podendo os dois preparar, por exemplo, uma terapêutica prescrita para aquele momento e administrar. Apesar de apenas um no final conseguir validar a mesma. No combate à duplicação de intervenções, existia muito diálogo na central de enfermagem entre os profissionais, comunicando o nome do doente que se encontravam a observar naquele momento e a importância de validar o mais rapidamente possível, por exemplo a terapêutica administrada.

Destaco que no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica e da família/cuidador, prestei cuidados à PSC, tendo a capacidade de antecipar a instabilidade e o risco de falência orgânica. Geri de forma diferenciada a dor e o bem-estar da PSC, assim como a comunicação e a relação quer com a PSC, quer com a família/cuidador. Implementei intervenções com o objetivo de adaptação aos processos de transição saúde/doença e procedi à vigilância, monitorização e administração de terapêutica, prevenindo complicações.

5.2 *Resposta em Situações de Emergência e Exceção*

O profissional de saúde tem a obrigação de realizar o Suporte Básico de Vida (SBV) com o objetivo de manter a circulação dos principais órgãos vitais e, auxiliar no SAV, com o intuito de tratar e reverter a Paragem Cardiorrespiratória (PCR) (Brito et al., 2022). Como já referido anteriormente, no decorrer do estágio foi presenciada uma PCR, sentindo como principais dificuldades, a antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica. Para colmatar esta situação e, dado o SMI em alternância com o Serviço de Cuidados Intermédios ser destacado para a Emergência Intra-Hospitalar, tive a oportunidade de acompanhar todo o processo desde o pedido de ajuda (chamada de emergência) até à transferência para o SMI. As equipas alternavam de semana a semana, embora o SMI assumisse também todos os fins-de-semana, encontrando-se destacado um enfermeiro com SAV e um médico anestesista ou intensivista. Existem cerca de 120 ativações por ano, no entanto, algumas consideradas inapropriadas. Uma das ativações ocorreu pela existência de um choque anafilático ao Paclitaxel. À chegada, doente encontrava-se com dispneia associada a dessaturação, hipotensão e mal-estar geral, tendo já efetuado clemastine e hidrocortisona previamente. Foi monitorizado com 5 derivações e, dado o estado de consciência em progressivo agravamento, foi administrada novamente clemastine e hidrocortisona, com pouca resposta. De seguida, foi administrada adrenalina e realizada transferência de imediato para o SMI, onde foi colocado CVC, realizada terapêutica de manutenção, verificando-se melhoria do seu estado.

No SU, foram proporcionadas várias experiências de resposta em emergências e exceção, especificamente na SE. Fica responsável por essa área 1 enfermeiro, denominado de Reanimador 1 (R1) e, encontra-se sempre definido um segundo enfermeiro, o Reanimador 2 (R2). A SE tem a capacidade para atender 4 doentes em situação crítica em simultâneo, sendo que nessas situações são mobilizados enfermeiros de outras áreas. Nesta área encontra-se também permanentemente um Médico intensivista ou de Medicina Interna.

Podem ser vários os algoritmos percorridos de acordo com a situação encontrada. Para a concretização dos mesmos, existe uma imensidão de fármacos ao qual é necessário recorrer, embora face às experiências obtidas, os mais recorrentes tenham sido a amiodarona, a adrenalina, o dinitrato de isossorbida, a dobutamina, a dopamina, o cloridrato de isoprenalina e a noradrenalina. A cada 24 horas, era preparada adrenalina endovenosa e um soro fisiológico de 500 ml para uso em caso de emergência. Para além destas, apesar do seu

uso ter sido menor, utilizei sugamadex, lactato de ringer, efedrina, flumazenilo, acetilsalicilato de lisina e icatibant.

Contactando com vários casos em SE, destaco a entrada de um doente com cirrose hepática e hemorragia ativa após queda da própria altura, iniciando posteriormente um quadro de hematêmeses com grande volume e, conseqüentemente, repercussão hemodinâmica. A cirrose hepática pode levar a complicações graves, como a hemorragia digestiva alta, em resultado de varizes esofágicas, detendo-se como uma complicação com altas taxas de morbidade e mortalidade (Santos & Ortolan, 2020). O tratamento da mesma requer o uso de drogas vasoativas, terapia endoscópica, tamponamento com balão esofágico, colocação de TIPS (*Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt*) ou cirurgias de derivação portal (Rodrigues, Moreira, Silva & Brito, 2017). Ao doente em questão houve necessidade de administrar uma série de medicação, como noradrenalina e terlipressina, colocar cateter arterial, realizar intubação orotraqueal, transfundir e pedir colaboração de gastroenterologia, que procedeu à realização de Endoscopia Digestiva Alta. Nestes momentos em que a resposta tem de ser rápida e eficaz, melhorei a minha agilidade e resposta em situações de emergência.

Todas as áreas trouxeram aporte de conhecimentos, embora a SE tenha sido a principal área de contacto com a PSC e, conseqüentemente, de aquisição de competências específicas. Dentre a Via Verde Coronária, Via Verde do AVC, Via Verde Sépsis e Via Verde Trauma, tive oportunidade de percorrer o fluxograma de todas as vias, à exceção da Via Verde Sépsis.

Descrevendo criticamente alguns casos por ativação da Via Verde com o qual contactei, começo por uma ativação da Via Verde Trauma por uma PSC vítima de trauma por atropelamento. Foi verificada a via aérea, sendo colocada oxigenoterapia, com controlo da coluna cervical através de imobilização lateral. De seguida a ventilação/respiração e a circulação, com colocação de acessos venosos periféricos e verificadas a natureza e a extensão das lesões expondo toda a superfície corporal, controlando as hemorragias visíveis. Avaliada de seguida a disfunção neurológica com controlo da dor e do *delirium*. Por fratura exposta, foi pedida colaboração por ortopedia, tendo colaborado na colocação de gesso. O doente fez uma Tomografia Axial Computorizada e uma Radiografia e foi administrada uma série de terapêutica, ressaltando o ácido tranexâmico indicado em traumas major através da avaliação da escala Coast. Considero que face à situação crítica, cada elemento teve o seu correto e preponderante papel, destacando a minha colaboração na total abordagem ao doente, quer na preparação de terapêutica, controlo de hemorragias, remoção de plano duro,

entre outros. Relativamente ao plano duro, este encontra-se descrito como um fator de risco para o desenvolvimento de UPP, devido à forte pressão que exerce e muitas vezes ao tempo de permanência sobre o mesmo (Ham, Schoonhoven, Schuumans, & Leenen, 2016). Os mesmos autores revelam que é ultrapassado o tempo de permanência em plano duro recomendado em vários estudos (Ham, Schoonhoven, Schuumans, & Leenen, 2016). Desta forma, refletiu-se no momento, se a remoção do plano duro ocorreu no momento mais precoce possível.

Os doentes que deram entrada na SE por ativação da Via Verde AVC eram de imediato avaliados pelo neurologista de serviço. Em consonância, procedíamos à avaliação de enfermagem de acordo com a nomenclatura ABCDE. Era ainda realizado o registo da pontuação do *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS). Realizávamos a preparação do transporte do doente para o Tomografia Axial Computorizada cerebral, nomeadamente da bala de oxigénio, do insuflador manual, do monitor de transporte e de material de administração de alteplase. No caso de ter critério para trombólise endovenosa, era administrado bólus de alteplase ainda na SE e, posteriormente mantida em perfusão, segundo indicação do protocolo, com transferência de seguida para a unidade de AVC. Se caso contrário, apresentasse critério para trombectomia, era realizado o transporte para a radiologia de intervenção, embora este último não tenha tido a possibilidade de experienciar.

No que concerne à Via Verde Coronária, a mesma era ativada aquando do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de alarme de EAM, podendo de seguida e, já com o diagnóstico declarado, ter como principal objetivo conseguir restaurar, num curto espaço de tempo, o fluxo sanguíneo na artéria afetada. Parte destes doentes eram detetados na triagem, maioritariamente por dor torácica, permitindo a ativação da Via Verde Coronária. Estes realizavam logo de seguida um ECG de 12 derivações e ao obterem a confirmação do diagnóstico de EAM eram encaminhados para a SE onde se dava início ao percurso de abordagem destes casos.

Em PCR podem resultar diferentes condutas de tratamento, nomeadamente a aplicação de murro precordial (Labrunie & Gouveia, 2020), embora este não deva ser usado rotineiramente (Dee et al., 2021). A prioridade em PCR deverá ser o início das compressões torácicas e a desfibrilhação (Dee et al., 2021). Porém, em locais onde o doente esteja em vigilância e monitorizado, por exemplo, na SE, o murro precordial pode ser usado para tentar prevenir uma PCR, desde que os esforços não atrasem o normal procedimento em caso de PCR (Dee et al., 2021). Num caso de Bloqueio Auriculoventricular, presenciei a necessidade de recorrer ao murro precordial, evitando uma possível situação de PCR. Também presenciei

a necessidade de cardioversão num doente com CDI (Cardioversor Desfibrilhador Implantável).

Os registos eram ajustados a cada caso em específico, no entanto, inerente a todos eles, surgia descrita uma avaliação inicial ABCDE (A - via aérea; B - ventilação e oxigenação; C – circulação; D - Disfunção neurológica; e, E – Exposição). Em alguns casos, e apenas se existisse evidência que após a avaliação ABCDE, o doente já não se encontrava em situação crítica, procedia-se à avaliação secundária. Esta decorria com a recolha de informação segundo a mnemónica CHAMU (Circunstâncias do acidente; História de doenças; Alergias; Medicação habitual; e, Última refeição).

Considero que desenvolvi competências no cuidado à pessoa em situação de emergência, salvaguardando as condições de segurança, realizando a triagem primária e secundária, adequando a resposta em situação de trauma e garantindo sempre a continuidade dos cuidados. Procedi à gestão dos cuidados em situação de emergência, melhorando a minha capacidade de priorização dos mesmos. Por último, de acordo com a evolução das respetivas situações, procedia à adequação das respostas na atuação.

5.3 Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a Pessoa em Situação Crítica

A resistência aos antimicrobianos condiciona os tratamentos, que passam a ser mais prolongados e que por sua vez, dificultam a adesão da pessoa (de Melo, de Araújo, de Bortoli & Toma, 2020). São muitos os fatores que contribuem para este problema, como o uso inapropriado de antibióticos, meios complementares de diagnóstico invasivos, cirurgias, doenças recorrentes, queimaduras e o internamento hospitalar, principalmente em UCI (Dallacorte, Indras, Teixeira, de Peder & da Silva, 2016; De Waele et al., 2018). Na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, o SMI apresenta inúmeras medidas. Existem quartos de isolamento com pressão positiva e negativa. Ademais, existem lavatórios nas proximidades dos quartos, solução alcoólica para desinfeção das mãos anexos a todas as camas, bem como no momento dos cuidados de higiene são colocados os Equipamentos de Proteção Individual (EPI). A realização dos cuidados de higiene oral, demarcaram-se também como um tema de extrema importância no SMI, principalmente à PSC que se encontra intubada via oro traqueal. De acordo com a Norma nº 021/2015 de 16 de dezembro, atualizada a 30 de maio de 2017, a higiene oral deverá ser realizada com gluconato de cloro-hexidina a 0.2% pelo menos 3 vezes por dia

(DGS, 2015c). Essencialmente por esta intervenção levar a uma diminuição da placa dentária, do desenvolvimento de biofilmes e consequente carga bacteriana, prevenindo desta forma a Pneumonia Associada à Intubação (PAI) (Wainer, 2020). Adicionalmente, evita que estes microrganismos migrem para as vias aéreas inferiores, diminuindo novamente o desenvolvimento da PAI (Gershohonitch, Yarom & Findler, 2020).

Ao nível da prevenção e controlo da infeção perante a PSC, foi ainda fortemente abordada a manipulação do CVC e as várias estratégias que poderiam diminuir o risco de infeção associado ao mesmo. Uma das estratégias adotadas são os pensos impregnados em clorexidina, o que diminui consideravelmente o risco de infeção do CVC. Isto porque, as Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS) associadas ao CVC encontram-se entre as IACS mais frequentes. De acordo com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, da DGS (2018b), as INCS representaram 8,20% das IACS. A DGS relata ainda que 75% das INCS foram adquiridas durante o internamento e que 47,6% foram associadas a um dispositivo invasivo. Cai, Zhu, Sun, Cao & Wu (2018) referem que nos Estados Unidos da América, estimam-se que os custos por doente das infeções da corrente sanguínea associadas aos dispositivos venosos centrais, se encontrem entre os 11.971 e os 69.332 dólares e, na Europa, entre os 13.585 e 29.909 euros. Entre 2015 e 2018, em instituições que integraram o Programa STOP Infeção Hospitalar (Gulbenkian, 2018), foi demonstrada uma redução de 56% na incidência de infeção da corrente sanguínea relacionada com o CVC, por 1000 dias de cateter. O SMI integra este programa, realizando auditorias diárias à manipulação do CVC.

Já em contexto de SU, existiam cuidados a vários níveis na prevenção e controlo da infeção. Destacando algumas medidas que conjuntamente com a equipa eram aplicadas de forma exímia: a importante higienização das mãos realizada por todos os profissionais e incentivada a execução pelos doentes; a correta colocação da máscara dos doentes e respetivos acompanhantes, que por vezes removiam, sendo prontamente alertados para não o fazer; e, a desinfeção correta dos equipamentos entre doentes. Mais especificamente em SE, aquando da existência de CVC, apesar das intervenções exigirem rapidez de atuação, era mantida na sua manipulação a técnica assética. A aquisição de competências nesta área foi demonstrada pela reflexão das necessidades de cada contexto, demonstrando os conhecimentos atualizados e pela criação de estratégias que permitissem facilitar a prevenção e controlo da infeção quer pelos profissionais de saúde, quer pelo doente, família e/ou cuidador.

6. Conclusão

São as complexas situações de saúde e as respostas que são necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/cuidador, que levam o Enfermeiro Especialista a movimentar os conhecimentos e as habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2018). Nas situações de falência ou risco de falência de uma ou mais funções vitais, ameaçando a vida, neste caso da PSC, são necessários meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para a respetiva sobrevivência (OE, 2018).

Desta forma, e possuindo como objetivo major que os cuidados de enfermagem se tornassem o mais especializados possível na área da PSC, respondendo às necessidades afetadas e prevenindo as complicações, o presente relatório descreve criticamente a concretização dos objetivos definidos no projeto de estágio, através da realização de atividades, retratando a aquisição dos conhecimentos, da capacidade de compreensão e as competências na área de especialização.

De acordo com o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, as reflexões éticas foram várias, desenvolvendo grandemente o espírito crítico face às experiências vivenciadas, assim como as melhores práticas de acordo com as preferências do doente. Dentro do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, a abordagem de temas úteis e relevantes para os cuidados de enfermagem, permitiram promover a melhoria contínua da qualidade. Ao integrar este objetivo, apurei o meu olhar crítico sobre cada local de estágio, realizando uma revisão da literatura e mais três trabalhos com temas distintos, embora com grande relevância. A pesquisa e estudo inerente a qualquer um dos trabalhos aportou-me uma série de conhecimentos.

Na revisão da literatura acerca da Avaliação do risco de desenvolver UPP através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI, obtive como principal conclusão de que o benefício da aplicação da escala mais adequada ao contexto permite discriminar os doentes com maior risco. Os resultados mais positivos decorreram com a aplicação da Escala revista de Cubbin & Jackson, embora existam também autores que considerem a Escala de Cubbin & Jackson vantajosa no contexto de UCI. Pelo contrário, no que diz respeito a esta última, quando comparada com a Escala de Braden, os resultados não se apresentaram tão satisfatórios. No trabalho sobre a Avaliação de carga de trabalho em Enfermagem através do TISS-28 e do NAS, foi notório que o NAS, comparativamente ao TISS-28, consegue retratar melhor todo

o trabalho efetuado pelos enfermeiros. O NAS é um instrumento com sensibilidade, que permite inserir as dimensões mais subjetivas das atividades realizadas e associadas aos cuidados ao doente. Para além disso, percebeu-se que existe um outro modelo, o NOW, que aparentemente representa com mais exatidão o tempo real necessário para os cuidados do doente, comparativamente ao TISS e ao NAS.

Relativamente ao trabalho sobre a Violência face ao profissional de saúde em SU, este permitiu concluir que são vários os fatores que podem predispor tal situação, descrevendo ainda os fatores preventivos e explorando as consequências de uma situação de violência. Complementando, permitiu-me criar um documento com os trâmites a seguir em caso de violência, facilitando o caminho, numa situação já por si complicada. Por último, no trabalho sobre a Comunicação com o doente em SU, ficou claro que é através da comunicação que se podem compreender as necessidades da pessoa/família/cuidador, humanizando os cuidados. Permite ainda, a existência de interação, efetivando o cuidado. Este mesmo trabalho representou um momento de mudança na prática, com grande influência para o doente. Algumas mudanças passaram por ajustar a comunicação ao tipo de pessoa que se encontra à frente, por exemplo evitar termos médicos, procurar tranquilizar o doente comunicando todos os passos que estão a ser realizados e evitar falar acerca do doente entre profissionais, à frente do mesmo, não lhe explicando aquilo que está a ser dito. No que se refere às formações realizadas, foram no total 3 formações, que contribuíram para a melhoria das minhas capacidades comunicativas, de interação e de argumentação, sentindo que desempenhei um papel preponderante na promoção de um ambiente seguro, com base na mais recente evidência científica.

No Domínio da gestão dos cuidados, concluo que na gestão dos meus próprios cuidados à pessoa/família/cuidador a vivenciar processos de saúde/doença complexos, defini as prioridades e otimizei as respostas à PSC. Por último, no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, permiti autoconhecer-me, conseguindo dessa forma, estabelecer relações terapêuticas e profissionais adaptadas.

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área de Enfermagem à PSC, face ao descrito no Cuidado à PSC e da família/cuidador, na Resposta em Situações de Emergência e Exceção e na Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a PSC, atuei em situações críticas, antecipei problemas, comuniquei com o doente e família/cuidador e fiz reflexões diárias para incentivar pequenas mudanças de comportamento com grande influência ao nível do controlo e prevenção de infeção.

No Cuidado à PSC e da família/cuidador, foram garantidos os cuidados de forma pronta e antecipatória de processos de instabilidade, percecionando a complexidade dos cuidados exigidos, através da mobilização de conhecimentos. Foi perentória a correta envolvência da família/cuidador, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica. Desenvolvi a capacidade de identificar as várias necessidades da pessoa e família/cuidador, certificando-me que detetava precocemente, estabilizava e promovia a recuperação da PSC face a determinada patologia aguda ou crónica e de processos médicos e/ou cirúrgicos.

Na Resposta em Situações de Emergência e Exceção demonstrei proatividade, estabelecendo as prioridades necessárias a cada caso. Destaco como competência adquirida, a atuação rápida e eficaz, muitas vezes sem necessidade de que me fossem dadas orientações do caminho a percorrer. Procedi à gestão dos cuidados, atuando de acordo com as prioridades, sistematizando as ações a desenvolver.

A Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção perante a PSC é fundamental e aporta ganhos significativos para o doente. Desta forma, foram discutidas e analisadas as necessidades a este nível em cada serviço, tais como a correta higienização das mãos, a correta utilização dos EPI de acordo com os tipos de isolamento, a manipulação dos CVC, entre outros, refletindo sobre as estratégias a adotar para a prevenção e controlo da infeção, revelando a importância do papel do Enfermeiro Especialista.

Refletindo sobre a aprendizagem diária, procedi a uma análise SWOT, onde avaliei as forças e as debilidades, ao nível pessoal e, as oportunidades e as ameaças, ao nível externo, para o desenvolvimento das aprendizagens. Iniciando pelos fatores intrínsecos e favorecedores (Forças) destaco a capacidade de integração e adaptação, a proatividade, o empenho, a motivação, a organização, a empatia, a postura, a pontualidade e assiduidade, o conhecimento científico, o espírito crítico e a curiosidade intelectual. Como debilidades, reconheço que a ausência de contacto prévio com as diferentes realidades foi um fator determinante, bem como a falta de confiança nas minhas capacidades. Contudo, foi possível contornar as debilidades associando-as às forças e, dessa forma, impulsionar a procura de um maior conhecimento. Na vertente externa, exponho como oportunidades a receptividade, disponibilidade e empenho da equipa multidisciplinar, assim como a relação estabelecida, mas, principalmente, o enorme apoio dos enfermeiros tutores. Como exemplo do exposto, saliento a preocupação constante dos mesmos em diversificar as experiências vivenciadas. Como ameaças, menciono a simultaneidade dos estágios com o nosso trabalho, que leva a que o cansaço possa por vezes interferir no processo de aprendizagem. Dado que a análise SWOT é elaborada tanto em função do desenvolvimento de competências como das

aprendizagens obtidas, posso considerar que tal como as debilidades, as ameaças se aliadas às forças podem ser vistas como oportunidades.

Como principais implicações dos estágios para a prática profissional, tendo em conta que na minha realidade diária pode surgir a qualquer momento uma emergência e situações de instabilidade hemodinâmica, considero que os mesmos auxiliaram no ganho de conhecimentos, o que me tornou uma profissional com maior confiança, gerindo situações de emergência com prontidão e eficácia. A falta de confiança encontrava-se inerente à falta de conhecimentos e pouca experiência, o que neste momento se anulou, resultante das numerosas horas de estudo e de estágio. Hoje, na presença de situações que se opõem à rotina, detenho o conhecimento, a capacidade, a agilidade e o correto estabelecimento de prioridades. Apresento ainda como perspectivas futuras, dado deter um enorme interesse na procura contínua pela melhoria da qualidade, a concretização de mais trabalhos ou proceder à realização de estudos que possam levar à melhoria da minha atuação diária.

No que concerne ao presente relatório, a sua importância é notória, revelando um caminho longo, com várias reflexões, que permite colocar por escrito o que se encontra no caminho certo e o trabalho que ainda pode ser feito no sentido da obtenção da excelência dos cuidados.

Em suma, o caminho centrou-se na busca pelo máximo de experiências e atividades possíveis, concretizando os objetivos. A humildade e a inquietação foram as características que detiveram um maior peso, para que o estágio se concretizasse de forma positiva e com maiores ganhos. Não importam os anos de experiência profissional, perguntar nunca será significado de ignorância, mas sim a vontade de saber mais e de não se acomodar.

7. Referências Bibliográficas

Adell AB, Campos RA, Bou MY, Bellmunt JQ, García CG, Canuto MS, Valero RR, & Tegedor BV. (2006). Care work load in critical patients. Comparative study NEMS versus NAS.]. *Enfermería Intensiva*, 17(2), 67–77.

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), 4595-4605.

Administração Central do Sistema de Saúde, 2013. Recomendações técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos- RT09/2013. Lisboa: ACSS.

Administração Central do Sistema de Saúde, 2015. Recomendações técnicas para Serviços de Urgências- RT11/2015. Lisboa: ACSS.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2018). *Orientações para a prevenção e gestão da violência em contexto de prestação de cuidados de saúde*. Lisboa: ARSL VT.

Ahtiala, M. H., Soppi, E., & Kivimäki, R. (2016). Critical Evaluation of the Jackson/Cubbin Pressure Ulcer Risk Scale-A Secondary Analysis of a Retrospective Cohort Study Population of Intensive Care Patients. *Ostomy/Wound Management*, 62(2), 24-33.

Altafin, J. A. M., Grion, C. M. C., Tanita, M. T., Festti, J., Cardoso, L. T. Q., Veiga, C. F. F., Kamiji, D., Barbosa, A. R. G., Matsubara, C. C. T., Lara, A. B., Lopes, C. C. B., Blum, D. & Matsuo, T. (2014). Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26, 292-298.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washinton, DC: American Psychiatric Association.

Antão, H. S., Sacadura-Leite, E., Manzano, M. J., Pinote, S., Relvas, R., Serranheira, F., & Sousa-Uva, A. (2020). Workplace violence in healthcare. *Acta medica portuguesa*, 33(1), 31-37.

Antunes, P., Garcia, N. F. O., Oliveira, J., Rodrigues, I. V., & Alves, G. R. (2018). Importância Do Atendimento Humanizado Nos Serviços De Urgência E Emergência: uma revisão de literatura. *Revista Científica FacMais*, 12(1), 1-17.

Araújo, J. F. D., Freitas, F. B. D. D., Cavalcante, J. D. R. D., Freitas, J. M. D. S., Silva, A. E. D., & Santos, W. P. D. (2019). O universo masculino no domicílio: a visão dos homens acerca do Programa Melhor em Casa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e123.

Assembleia da República. (1995). Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de março. Aprova o Código Penal. *Diário da República n.º 63 - Série I-A*. Lisboa.

Assembleia da República. (1999). Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de novembro. Aprova o novo regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais no âmbito da Administração Pública. *Diário da República n.º 271 - Série I A*. Lisboa.

Assembleia da República. (2009). Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro - Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais. *Diário da República n.º 172/2009 - I Série A*. Lisboa.

Assembleia da República. (2009). Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro. Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República n.º 176/2009 - Série I*. Lisboa.

Assembleia da República. (2014). Lei n.º 15/2014, de 21 de março – Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República n.º 161/2014 - I Série A*. Lisboa.

Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Proceda à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 181 - Série I*. Lisboa.

Assembleia da República. (2017). Decreto-Lei n.º 106/2017 de 29 de agosto. Regula a recolha, publicação e divulgação da informação estatística oficial sobre acidentes de trabalho. *Diário da República n.º 166 - Série I*. Lisboa.

Assembleia da República. (2018). Portaria n.º 14/2018 de 11 de janeiro. Regula os modelos de participação relativa a acidentes de trabalho. *Diário da República n.º 8 - Série I*. Lisboa.

Assembleia da República. (2020). Lei nº 55/2020 de 27 de agosto. Lei-Quadro da Política Criminal. *Diário da República n.º 167 - Série I*. Lisboa.

Assis, L. R. D. S., Ribeiro, Í. A. P., Alves, A. K. E. S., & Neta, M. A. D. (2016). Atendimento humanizado no serviço de urgência e emergência: uma revisão sistemática. *Uningá Review*, 25(1).

Azoulay, E., Pène, F., Darmon, M., Lengliné, E., Benoit, D., Soares, M., Vincent, F., Bruneel, F., Perez, P., Lemiale, V., Mokart, D. & en Réanimation, G. D. R. R. (2015). Managing critically ill hematology patients: time to think differently. *Blood reviews*, 29(6), 359-367.

Benoit, D. D., Soares, M., & Azoulay, E. (2014). Has survival increased in cancer patients admitted to the ICU? We are not sure. *Intensive Care Medicine*, 40(10), 1576-1579.

Bergstrom, N. (1987). The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs res*, 36(4), 205-210.

Berton, J., Sargentini, C., Nguyen, J. L., Belii, A., & Beydon, L. (2007). AnaConDa® reflection filter: Bench and patient evaluation of safety and volatile anesthetic conservation. *Anesthesia & Analgesia*, 104(1), 130-134.

Bly, D., Schallom, M., Sona, C., & Klinkenberg, D. (2016). A model of pressure, oxygenation, and perfusion risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 25(2), 156-164.

Bochembuzio, L. (2007). *Avaliação do instrumento Nursing Activities Score (NAS) em neonatologia* (Tese Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-23012008-134656/>

Borges, L., & Brasileiro, M. (2018). Atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente politraumatizado: revisão bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 2, 55-64. Boyle, M., & Green, M. (2001). Pressure sores in intensive care: defining their incidence and associated factors and assessing the utility of two pressure sore risk assessment tools. *Australian Critical Care*, 14(1), 24-30.

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *CIAIQ2016*, 2.

Brito, J. S., de Sousa, A. A., de Almeida, S. M. F., de Almeida, S. M. F., da Silva, E. L., da Silva, A. M. G., Costa, M. C., Lessa, M. A. & Pastore, R. T. (2022). Atendimento da (o) enfermeira (o) durante a parada cardiorrespiratória na emergência. *Research, Society and Development*, 11(15), e330111535211-e330111535211.

Broca, P. V., & Ferreira, M. D. A. (2015). Processo de comunicação na equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 19, 467-474

Bueno, V. J. M., Ovies, A., La Calle, G. & Lallemand, Z. C. (2018). Main information requests of family members of patients in Intensive Care Units. *Medicina Intensiva*, 42(6), 337-345.

Cabral, J. V. B., Silveira, M. M. B. M., Silva, A. N. A., & Xavier, A. T. (2021). Nursing Activities Score como ferramenta para avaliar a carga do trabalho de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e5894-e5894.

Cai, Y., Zhu, M., Sun, W., Cao, X., & Wu, H. (2018). Study on the cost attributable to central venous catheter-related bloodstream infection and its influencing factors in a tertiary hospital in China, *Health and quality of life outcomes*, 16(198), 1–6. DOI: 10.1186/s12955-018-1027-3.

Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A. T., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. A. (2018). Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa1. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26.

Campanili, T. C. G. F., Santos, V. L. C. D. G., Strazzieri-Pulido, K. C., Thomaz, P. D. B. M., & Nogueira, P. C. (2015). Incidence of pressure ulcers in cardiopulmonary intensive care unit patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 7-14.

Canadian Association of Critical Care Nurses (2009). *Standards for Critical Care Nursing Practice*. Ontario, Canada: CACCN.

- Carlson, E. B., Spain, D. A., Muhtadie, L., McDade-Montez, L., & Macia, K. S. (2015). Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care, 30*(3), 557-561.
- Carlson, E. V., Kemp, M. G., & Shott, S. (1999). Predicting the risk of pressure ulcers in critically ill patients. *American Journal of Critical Care, 8*(4), 262.
- Castro, M. C. N., & Popim, R. C. (2018). Adaptation of the Nursing Activities Score for oncologic care. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*, 2383-2391.
- Cecílio, L. C. D. O., Chioro Dos Reis, A. A., Andrezza, R., Spedo, S. M., Cruz, N. L. D. M., de Barros, L. S., Carapinheiro, G., Correia, T. & Schweitzer, M. C. (2020). Enfermeiros na operacionalização do Kanban. *Ciencia e Saude Coletiva, 25*(1), 283-292.
- Chang, V. A., Owens, R. L., & LaBuzetta, J. N. (2020). Impact of sleep deprivation in the neurological intensive care unit: a narrative review. *Neurocritical care, 32*(2), 596-608.
- Cielo, C., Camponogara, S., & Pillon, R. B. F. (2013). A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: um relato de experiência. *Journal of Nursing and Health, 3*(2), 204-12.
- Coelho, S. P. F., Silva, A. C. R, Costa, T. F. S. & Capelas, M. L. V. (2014). Dos intensivos aos paliativos: Revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient Care, 37*.
- Comeskey, M. (2016). Zero tolerance of violence towards nurses. *Emergency Nurse New Zealand, P7-P8*.
- Copeland, D., & Henry, M. (2017). Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal of trauma nursing, 24*(2), 65-77.
- Cordeiro, T. L. R., & Faculdades, P. P. (2019). Prontuário eletrônico como ferramenta pra a sistematização da assistência de enfermagem no serviço de urgência/emergência: percepção dos enfermeiros. *Revista Espaço para a Saúde, 29-41*.

Costa, I. L. S. S. D. (2017). *As condições de trabalho, os riscos gerais e os riscos psicossociais nos profissionais de saúde: Um estudo no pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João do Porto* (Doctoral dissertation).

Crochemore, T., Piza, F. M. T., Rodrigues, R. D. R., Guerra, J. C. C., Ferraz, L. J. R., & Corrêa, T. D. (2017). A new era of thromboelastometry. *Einstein (Sao Paulo)* 15: 380–385.

Cubbin, B., & Jackson, C. (1991). Trial of a pressure area risk calculator for intensive therapy patients. *Intensive Care Nursing*, 7(1), 40-44.

Cullen, D. J., Civetta, J. M., Briggs, B. A., & Ferrara, L. C. (1974). Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. *Critical care medicine*, 2(2), 57-60.

Cypress, B. S., & Frederickson, K. (2017). Family presence in the intensive care unit and emergency department: a metasynthesis. *Journal of Family Theory & Review*, 9(2), 201-218.

da Silva, M. J. P., & de Araújo, M. M. T. (2012). Comunicação em cuidados paliativos. *Manual de cuidados paliativos ANCP*, 75.

Dallacorte, T. S., Indras, D. M., Teixeira, J. J. V., de Peder, L. D., & da Silva, C. M. (2016). Prevalência e perfil de sensibilidade antimicrobiana de bactérias isoladas de hemoculturas realizadas em hospitais particulares. *Revista do Instituto Adolfo Lutz*, 75, 01-11.

Darmon, M., Bourmaud, A., Georges, Q., Soares, M., Jeon, K., Oeyen, S., Rhee, C. K., Gruber, P., Ostermann, M., Hill, Q. A., Depuydt, P., Ferra, C., Toffart, A., Schellongowski, P., Müller, A., Lemiale, V., Mokart, D. & Azoulay, E. (2019). Changes in critically ill cancer patients' short-term outcome over the last decades: results of systematic review with meta-analysis on individual data. *Intensive care medicine*, 45(7), 977-987.

Darmon, M., Vincent, F., Camous, L., Canet, E., Bonmati, C., Braun, T., Caillot, D., Cornillon, J., Dimicoli, S., Etienne, A., Galicier, L., Garnier, A., Girault, S., Hunault-Berger, M., Marolleau, J. P., Moreau, P., Raffoux, E., Recher, C., Thiebaud, A., Thieblemont, C., Azoulay, E. & Groupe de Recherche en Réanimation Respiratoire et Onco-Hématologique (GRRR-OH) (2013). Tumour lysis syndrome and acute kidney injury in high-risk

haematology patients in the rasburicase era. A prospective multicentre study from the Groupe de Recherche en Réanimation Respiratoire et Onco-Hématologique. *British journal of haematology*, 162(4), 489-497.

Darmon, M., Vincent, F., Canet, E., Mokart, D., Pène, F., Kouatchet, A., Mayaux, J., Nyunga, M., Bruneel, F., Rabbat, A., Lebert, C., Perez, P., Renault, A., Meert, A. P., Benoit, D., Hamidfar, R., Jourdain, M., Schlemmer, B., Chevret, S., Lemiale, V. & Azoulay, E. (2015). Acute kidney injury in critically ill patients with haematological malignancies: results of a multicentre cohort study from the Groupe de Recherche en Réanimation Respiratoire en Onco-Hématologie. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30(12), 2006-2013.

De Melo, R. C., de Araújo, B. C., de Bortoli, M. C., & Toma, T. S. (2020). Gestão das intervenções de prevenção e controle da resistência a antimicrobianos em hospitais: revisão de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44.

de Oliveira Campos, R. L., de Lira, N. C. D., de Santana, M. R., Café, L. A., de Souza, L. N., da Silva, A. E. G., da Silva, E. C. & da Silva, A. D. (2020). Humanização da assistência de enfermagem na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 5, e5036-e5036.

de Souza, J. D. A., Júnior, J. M. P., & de Miranda, F. A. N. (2017). Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 107-115.

De Waele, J. J., Akova, M., Antonelli, M., Canton, R., Carlet, J., De Backer, D., George, D., Garnacho-Montero, J., Kesecioglu, J., Lipman, J., Mer, M., Paiva, J., Poljak, M., Roberts, J. A., Bano, J. R., Timsit, J., Zahar, J. & Bassetti, M. (2018). Antimicrobial resistance and antibiotic stewardship programs in the ICU: insistence and persistence in the fight against resistance. A position statement from ESICM/ESCMID/WAAAR round table on multi-drug resistance. *Intensive care medicine*, 44(2), 189-196.

Dee, R., Smith, M., Rajendran, K., Perkins, G. D., Avis, S., Brooks, S., Castren, M., Chung, M. C. S. P., Considine, J., Escalante, R., Han, L. S., Hatanaka, T., Hazinski, M. F., Hung, K., Kudenchuk, P., Morley, P., Ng, K., Nishiyama, C., Semeraro, F., Smyth, M. &

Vaillancourt, C. (2021). The effect of alternative methods of cardiopulmonary resuscitation—cough CPR, percussion pacing or precordial thump—on outcomes following cardiac arrest. A systematic review. *Resuscitation*, *162*, 73-81.

Delawder, J. M., Leontie, S. L., Maduro, R. S., Morgan, M. K., & Zimbro, K. 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), 140-144.

Demoule, A., Chevret, S., Carlucci, A., Kouatchet, A., Jaber, S., Meziani, F., Schmidt, M., Schnell, D., Clergue, C., Aboab, J., Rabbat, A., Eon, B., Guerin, C., Georges, H., Zuber, B., Dellamonica, J., Das, V., Cousson, J., Perez, D., Brochard, L., Azoulay, E. & Azoulay, É. (2016). Changing use of noninvasive ventilation in critically ill patients: trends over 15 years in francophone countries. *Intensive care medicine*, *42*(1), 82-92.

Deng, X., Yu, T., & Hu, A. (2017). Predicting the risk for hospital-acquired pressure ulcers in critical care patients. *Critical care nurse*, *37*(4), e1-e11.

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., Van den Boogaatd, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., Kho, M. E., Kress, J. P., Lanphere, J. A., Mckinley, S., Neufeld, K. J., Pisani, M. A., Payen, J., Pun, B. T., Puntillo, K. A., Riker, R. R., Robinson, B. R. H., Shehabi, Y., Szumita, P. M., Winkelman, C., Centofanti, J. E., Price, C., Nikayin, S., Misak, C. J., Flood, P. D., Kiedrowski, K. & Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical care medicine*, *46*(9), e825-e873.

Dias, M. C. C. B. (2006). *Aplicação do Nursing Activities Score-NAS-como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Direção-Geral de Saúde. (2006). Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006: *Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral de Saúde & Ação de Saúde Sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2014). Norma n.º 015/2014 de 25 de setembro. *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2015a). Norma 014/2015 de 06/08/2015 – Medicamentos de alerta máximo. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/08/06/medicamentos-de-alerta-maximo/>.

Direção-Geral de Saúde (2015b). *Departamento da Qualidade na Saúde: Violência contra profissionais de saúde. Notificação on-line 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2015c). Norma n.º 021/2015 de 16 de dezembro, atualizada a 30 de maio de 2017. *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017). Norma 001/2017 de 8 de fevereiro. *Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2018a). Norma n.º 002/2018 de 9 de janeiro. *Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2018b). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA]: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral de Saúde (DGS) (2020). Norma 005/2018 de 20/02/2018, atualizada a 10/01/20 – Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2022). *Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida: Manual para a Implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC nursing*, 16(1), 1-6.

Dogrul, B. N., Kiliccalan, I., Asci, E. S., & Peker, S. C. (2020). Blunt trauma related chest wall and pulmonary injuries: An overview. *Chinese Journal of Traumatology - English Edition*, 23(3), 125–138. <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2020.04.003>

Ducci, A. J., & Padilha, K. G. (2008). Nursing activities score: estudo comparativo da aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.*, 21(4), 581-587.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221–2226.

Evans G. (2017). OSHA Seeks Comment on Violence Prevention Regulation. *Hospital Employee Health Journal*, 36 (2), 13-16.

Fernandes, C. S., Gomes, J. A. P., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. T. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 21-30.

Ferreira, M. D. F. A. P., & Peres, M. R. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 68-75.

Ferretti-Rebustini, R. E. D. L., Nogueira, L. D. S., Silva, R. D. C. G., Poveda, V. D. B., Machado, S. P., Oliveira, E. M. D., Andolhe, R. & Padilha, K. G. (2017). Aging as a predictor of nursing workload in Intensive Care Unit: results from a Brazilian Sample. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.

Fiske, J. (2010). *Introduction to communication studies*. Routledge.

Frat, J. P., Ragot, S., Girault, C., Perbet, S., Prat, G., Boulain, T., Demoule, A., Ricard, J. D., Coudroy, R., Robert, R., Mercat, A., Brochard, L., Thille, A. W., & REVA network (2016). Effect of non-invasive oxygenation strategies in immunocompromised patients with

severe acute respiratory failure: a post-hoc analysis of a randomised trial. *The Lancet. Respiratory medicine*, 4(8), 646–652. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)30093-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)30093-5)

Frivold, G., Dale, B., & Slettebø, Å. (2015). Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 232-240.

Gaio, S., Caldeira, S., Charepe, Z., Lourenço, M., & Nunes, E. (2020). Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica em unidade de cuidados intensivos neonatais: a scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12(Especial), 77-78.

Gandarinho, A. C. (2017). A qualidade do sono em unidades de cuidados intensivos: uma revisão sistemática da literatura.

García-Fernández, F. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., & Agreda, J. J. S. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgment for pressure ulcers: a meta-analysis. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(1), 24-34.

García-Fernández, F. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., Agreda, J. J. S., & Torres, M. D. C. R. (2013). Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metaanálisis. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 24(2), 84-91.

Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Fasse, L., Ruckly, S., Amdjar-Badidi, N., Argaud, L., Badie, J., Bazire, A., Bige, N., Boulet, E., Bouadma, L., Bretonnière, C., Floccard, B., Gaffinel, A., Forceville, X., Grand, H., Halidfar, R., Hamzaoui, O., Jourdain, M. & Timsit, J. F. (2017). The ICU-Diary study: prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials*, 18(1), 1-11.

Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Vinatier, I., Rigaud, J. P., Thieulot-Rolin, N., Mercier, E., Rouget, A., Grand, H., Lesieur, O., Tamion, F., Hamidfar, R., Renault, A., Parmentier-Decrucq, E., Monseau, Y., Argaud, L., Bretonnière, C., Lautrette, A., Badié, J., Boulet, E. & Timsit, J. F. (2019). Effect of an ICU diary on posttraumatic stress disorder symptoms among patients receiving mechanical ventilation: a randomized clinical trial. *Jama*, 322(3), 229-239.

Gershohonitch, R., Yarom, N., & Findler, M. (2020). Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Intensive Care Unit by improve Oral Care: A Review of Randomized Control Trials. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2, 727-733. PMID: 32838136.

Gibbs, G. (1988). Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods. *Further Education Unit*. Oxford: Oxford Polytechnic.

Goldberg, P. A., Siegel, M. D., Sherwin, R. S., Halickman, J. I., Lee, M., Bailey, V. A., Lee, S. L., Dziura, J. D. & Inzucchi, S. E. (2004). Implementation of a safe and effective insulin infusion protocol in a medical intensive care unit. *Diabetes care*, 27(2), 461-467.

Gonçalves, L. A. (2006). *Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos no primeiro dia de internação* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Gonçalves, Â. C. R. (2014). *Comunicação de más notícias a pessoas com doença oncológica: a necessidade de implementar a (bio) ética na relação: um estudo exploratório* (Doctoral dissertation).

Gonçalves, A. M. D. A. M. (2020). Bioética em cuidados intensivos: um contributo.

Gonçalves, L. A., & Padilha, K. G. (2005). Nursing Activities Score (NAS): proposta para aplicação prática em unidade de terapia intensiva. *Prat Hosp [Internet]*, 7(42), 195-9.

Granadeiro, R. M. D. A., Sá, S. P. C., Christóvam, B. P., Spezani, R. D. S., & Granadeiro, D. D. S. (2020). Hipoglicemia durante a infusão contínua de insulina na Unidade de Terapia Intensiva. *Research, Society and Development*, 9(9), e163996748-e163996748.

Griswold, L. H., Griffin, R. L., Swain, T., & Kerby, J. D. (2017). Validity of the Braden Scale in grading pressure ulcers in trauma and burn patients. *journal of surgical research*, 219, 151-157.

Grupo de Trabalho Serviço de Urgência (2019). Relatório Grupo Trabalho – Serviços de Urgências. *Serviço Nacional de Saúde*.

Gulbenkian, C. (2018). STOP Infecção Hospitalar – Apresentação dos Resultados. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Haboba, L. A. Y. (2022). A construção da comunicação terapêutica, a partir da prática do autoconhecimento para o profissional da enfermagem. *Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 21-21.

Ham, W. H., Schoonhoven, L., Schuurmans, M. J., & Leenen, L. P. (2016). Pressure ulcers, indentation marks and pain from cervical spine immobilization with extrication collars and headblocks: An observational study. *Injury*, 47(9), 1924-1931.

Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 102-114.

He, M., Tang, A., Ge, X., & Zheng, J. (2016). Pressure ulcers in the intensive care unit: an analysis of skin barrier risk factors. *Advances in skin & wound care*, 29(11), 493-498.

Hickin, S., White, S., & Knopp-Sihota, J. (2017). Delirium in the Intensive Care Unit— A Nursing Refresher. *Canadian Journal Of Critical Care Nursing*, 28(2), 19-23.

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), 52-61.

Hilal-Dandan, R., & Brunton, L. (2015). *Manual de farmacologia e terapêutica de Goodman & Gilman*. AMGH Editora.

Inoue, K. C., & Matsuda, L. M. (2010). Sizing the nursing staff in an intensive care unit for adults. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 379-384.

Instituto Nacional de Estatística (2017). A mortalidade por tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão regista valores significativos a partir dos 45 anos. Lisboa: INE, 2017.

International Council of Nurses. (2006). *Abuso e violência contra o pessoal de enfermagem, tomada de posição*.

International Council of Nurses. (2017). *Position Statement: Prevention and management of workplace violence*. Genebra: ICN.

Jackson, C. (1999). The revised Jackson/Cubbin pressure area risk calculator. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15(3), 169-175.

Jenkins, P., Johnston, L. J., Pickham, D., Chang, B., Rizk, N., & Tierney, D. K. (2015). Intensive care utilization for hematopoietic cell transplant recipients. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 21(11), 2023-2027.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1995). Problemas clínicos na medicina psiquiátrica de emergência. Depressão. *Kaplan HI, Sadock BJ. Medicina psiquiátrica de emergência. Porto Alegre: Artes Médicas*, 142-146.

Katzer, J., & Madeira, F. P. (2016). Fisioterapia domiciliar em pacientes graves com acometimento respiratório. *Saúde e Desenvolvimento*, 8(5).

Keene, A. R., & Cullen, D. J. (1983). Therapeutic intervention scoring system: update 1983. *Critical care medicine*, 11(1), 1-3.

Kim, E. K., Lee, S. M., Lee, E., & Eom, M. R. (2009). Comparison of the predictive validity among pressure ulcer risk assessment scales for surgical ICU patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 87-94.

Kim, E., Choi, M., Lee, J., & Kim, Y. A. (2013). Reusability of EMR data for applying Cubbin and Jackson pressure ulcer risk assessment scale in critical care patients. *Healthcare Informatics Research*, 19(4), 261-270.

Kosmidis, D., & Koutsouki, S. (2008). Pressure ulcers risk assessment scales in ICU patients: validity comparison of Jackson/Cubbin (revised) and Braden scales. *Nosileftiki*, 47(1), 86-95.

Kredentser, M. S., Blouw, M., Marten, N., Sareen, J., Bienvenu, O. J., Ryu, J., Beatie, B., Logsetty, S., Graff, L., Eggertson, S., Sweatman, S., Debroni, B., Cianflone, N., Arora, R., Zarychanski, R. & Olafson, K. (2018). Preventing posttraumatic stress in ICU survivors: a single-center pilot randomized controlled trial of ICU diaries and psychoeducation. *Critical care medicine*, 46(12), 1914-1922.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.

- Labrunie, G. M., & Gouveia, M. A. (2020). Disritmias Cardíacas, Cardiovers ao e Desfibrilação. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 45(1), 47-56.
- Lachance, J., Douville, F., Dallaire, C., Padilha, K. G., & Gallani, M. C. (2015). The use of the Nursing Activities Score in clinical settings: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 147-156.
- Lazure, H. (1994). O que é a relação de ajuda. *Vivre la relation daide*, 13-109.
- Lima-Serrano, M., González-Méndez, M. I., Martín-Castaño, C., Alonso-Araujo, I., & Lima-Rodríguez, J. S. (2018). Predictive validity and reliability of the Braden scale for risk assessment of pressure ulcers in an intensive care unit. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 42(2), 82-91.
- Liu, M., Chen, W., Liao, Q., Gu, Q., Hsu, M., & Poon, A. (2013). Validation of two pressure ulcer risk assessment scales among Chinese ICU patients. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 145-159.
- Lusquiños, A., Mendes, A., & Bento, M. (2019). O cuidado-centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *CIAIQ2019*, 2, 1685-1694.
- Macedo, A. P. M. D. C., Mendes, C. M. F. S., Candeias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 881-887.
- Magalhães, A. M. M. D., Riboldi, C. D. O., & Dall'Agnol, C. M. (2009). Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Revista brasileira de enfermagem*, 62, 608-612.
- Manzano, F., Navarro, M. J., Roldán, D., Moral, M. A., Leyva, I., Guerrero, C., Sanchez, M. A., Colmenero, M., Fernández-Mondejar, E. & Granada UPP Group. (2010). Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients. *Journal of critical care*, 25(3), 469-476.

Margadant, C. C., de Keizer, N. F., Hoogendoorn, M. E., Bosman, R. J., Spijkstra, J. J., & Brinkman, S. (2021). Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 103780.

Martínez, C. F., Lozano, C. F., de Brito, B. K. F., Calzada, C., Requejo, M. H., & Constantin, A. M. (2021). La ecografía FAST. Artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(12), 63.

Martins, H. G. (2017). *Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência* (Doctoral dissertation, Instituto Politecnico de Viseu (Portugal)).

Marvin, M. R., Inzucchi, S. E., & Besterman, B. J. (2016). Minimization of hypoglycemia as an adverse event during insulin infusion: further refinement of the Yale protocol. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 18(8), 480-486.

Mattia, B. J., Kleba, M. E., & Prado, M. L. D. (2018). Formação em enfermagem e a prática profissional: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2039-2049.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situations Specifics Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publications Company, Nova Iorque. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

Mendes, A. P. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 170-177.

Mendes, A. P. (2019). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24.

Mendes, J. R., Lopes, M. C. B. T., Vancini-Campanharo, C. R., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2018). Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos. *Einstein (São Paulo)*, 16.

Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2015). Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. *Global journal of health science*, 7(4), 30.

Metin, Z. G., Izgu, N., Karadas, C., & Donmez, A. A. (2018). Perspectives of oncology nurses on complementary and alternative medicine in Turkey: A cross-sectional survey. *Holistic nursing practice*, 32(2), 107-113.

Miller, K. D., Siegel, R. L., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Kramer, J. L., Rowland, J. H., Stein, K. D., Alteri, R. & Jemal, A. (2016). Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4), 271-289.

Ministério da Saúde. (2019). Despacho n.º 9494/2019, de 21 de outubro. Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. *Diário da República n.º 202 - II Série*. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2021). Despacho 9390/2021. Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2021- 2026. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 187 — 24 de setembro.

Miranda, D. R., de Rijk, A., & Schaufeli, W. (1996). Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items--results from a multicenter study. *Critical care medicine*, 24(1), 64-73.

Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., & Members of the TISS Working Group. (2003). Nursing activities score. *Critical care medicine*, 31(2), 374-382.

Monteiro, C., Avelar, A. F. M., & Pedreira, M. D. L. G. (2015). Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23, 169-179.

Monteiro, O. L. R. (2021). Risco de úlcera por pressão na pessoa em situação crítica em unidades de cuidados intensivos: validação da escala CALCULATE (Master's thesis).

Montezeli, J. H., Meier, M. J., Peres, A. M., Venturi, K. K., & Wolff, L. D. G. (2009). Enfermagem em emergência: humanização do atendimento inicial ao politraumatizado à luz da teoria de Imogene King. *Cogitare Enfermagem*, 14(2).

Muldowney, M., & Bhalla, P. I. (2021). Pain management in thoracic trauma. *International Anesthesiology Clinics*, 59(2), 40–47. <https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000311>.

Neiva, C. F. D. C. (2022). *A gestão do risco clínico e do risco não clínico no serviço de urgência da unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve: a segurança do doente no processo contínuo de melhoria* (Doctoral dissertation).

Nicolau, S., Montarroyos, J. S., Miranda, Â. F. D., Silva, W. P. D., & Santana, R. C. F. D. (2019). Implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). *Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)*, 417-424.

Noguchi, A., Inoue, T., & Yokota, I. (2019). Promoting a nursing team's ability to notice intent to communicate in lightly sedated mechanically ventilated patients in an intensive care unit: An action research study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 51, 64-72.

Nogueira, L. D. S., Koike, K. M., Sardinha, D. S., Padilha, K. G., & Sousa, R. M. C. D. (2013). Nursing workload in public and private intensive care units. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 25, 225-232.

Novelli, M. C., Dell'Acqua, M. C. Q., Corrente, J. E., Zornoff, D. D. C. M., & Arantes, L. F. (2009). Aplicativo informatizado com o nursing activities score: instrumento para gerenciamento da assistência em unidade de terapia intensiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(3), 577-585.

Nunes, B. (2000). Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade em UTITISS-28-Therapeutic Intervention Scoring System.

Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos.

Ordem dos Enfermeiros, 2017. Assembleia extraordinária do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.

Ordem dos Enfermeiros, 2018. Regulamento n.º 429/2018 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros, 2019. Regulamento n.º 140/2019 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. 2019. Regulamento N.º743/2019 de 25 de Setembro. Regulamento para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª Série, Parte E, nº 184.

Organização Internacional do Trabalho (2018). *Ending violence and harassment against women and men in the world of work*. Geneva: ILO.

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

Ozturk, H., Sayligil, O., Musmul, A., & Acar, N. E. (2018). The perception of privacy in the emergency department: Medical faculty hospital as a case in point. *Konuralp Medical Journal*, 10(1), 26-33.

Pabón-Martínez, B. A., Rodríguez-Pulido, L. I., & Henao-Castaño, A. M. (2021). La familia en la prevención del delirium en la unidad de cuidados intensivos: scoping review. *Enfermería Intensiva*.

Padilha, K. G., Barbosa, R. L., Oliveira, E. M. D., Andolhe, R., Ducci, A. J., & Secoli, S. R. (2015). Patient safety in Intensive Care Units: development of a research project. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 157-163.

Padilha, K. G., de Sousa, R. M. C., Garcia, P. C., Bento, S. T., Finardi, E. M., & Hatarashi, R. H. (2010). Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: a pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2), 108-113.

Padilha, K. G., Sousa, R. M. C. D., Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. D. A. L. M. D., Vattimo, M. D. F. F., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M. D., Cruz, V. F. & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39, 229-233.

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Medicina Intensiva. *Serviço Nacional de Saúde*.

Palagi, S., Noguez, P. T., Amestoy, S. C., & Porto, A. R. (2015). Violence at work: view of nurses of an urgency and an emergency service. *J Nurs UFPE*, 9(11), 9706-12.

Pancorbo-Hidalgo, P. L., Garcia-Fernandez, F. P., Lopez-Medina, I. M., & Alvarez-Nieto, C. (2006). Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 54(1), 94-110.

Panunto, M. R., & Guirardello, E. (2009). Nursing workload at a gastroenterology unit. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(6), 1009–1014. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000600013>

Paula, C. F. B., Ribeiro, R. D. C. H. M., & Werneck, A. L. (2019). Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco. *Rev. enferm. UFPE on line*, 997-1005.

Pegoraro, F. (2019). Alternativas para redução do tempo de espera por atendimento de urgência e emergência em um hospital público no município de Gurupi–TO. *RANK, RCIC; XAVIER, MP; MATTOS, P; H; C. Território de Desenvolvimento Regional: Abordagem Multidisciplinar da Região Sul do Tocantins. Goiânia (GO): Kelps*.

Pereira, J. M., Barradas, F. J. R., Sequeira, R. M. C., Marques, M. D. C. M. P., Batista, M. J., Galhardas, M., & Santos, M. S. (2016). Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9).

Pereira, N. D. G. G. (2008). *Comunicação de enfermeiro/doente num serviço de urgência* (Doctoral dissertation).

Pinho, J. A. (coord.). 2020. *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.

Pinto, D. M., de Oliveira, R. T., & Barreto, M. D. S.(2021). Utilização Da Sistematização Da Assistência De Enfermagem Em Serviço De Emergência: Vivência Dos Enfermeiros/Use

Of Nursing Care Systematization In Emergency Service: Nurses'experience. *Revista Paranaense De Enfermagem (Repenf)*, 4(1).

Pinto, T., & Pires, M. (2009). TISS-28 e a sua capacidade prognóstica. *Rev Port Med Int*, 16(2), 11-14.

Portugal, Conselho de Ministros. (2019). Resolução n.º 28/2019 de fevereiro. *Diário da República, n.º 31, I Série*. Aprova o Plano de Ação para a Segurança e Saúde no Trabalho na Administração Pública 2020.

Portugal, Conselho de Ministros. (2022). Resolução n.º 1/2022 de 5 de janeiro. *Diário da República, n.º 3/2022, Série I de 2022-01-05*. Aprova o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde.

Puggina, A. C., Ienne, A., Carbonari, K. F. B. S. D. F., Parejo, L. S., Sapatini, T. F., & Silva, M. J. P. (2014). Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 18, 277-283.

Queijo, A. F. (2002). *Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS)* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Queijo, A. F., & Padilha, K. G. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 1018- 1025.

Ramos, S., & Cunha, M. (2022). Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. *Servir*, 2(03), e27163. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>

Raurell, A. A., & Aymar, I. M. (2015). Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería intensiva*, 26(3), 101-111.

Reis, G. A. X. D., Oliveira, J. L. C., Ferreira, A. M. D., Vituri, D. W., Marcon, S. S., & Matsuda, L. M. (2019). Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40.

Renker, P., Scribner, S. A., & Huff, P. (2015). Staff perspectives of violence in the emergency department: appeals for consequences, collaboration, and consistency. *Work*, 51(1), 5-18.

Richardson, A., & Barrow, I. (2015). Part 1: Pressure ulcer assessment—the development of Critical Care Pressure Ulcer Assessment Tool made Easy (CALCULATE). *Nursing in critical care*, 20(6), 308-314.

Richardson, A., & Straughan, C. (2015). Part 2: pressure ulcer assessment: implementation and revision of CALCULATE. *Nursing in Critical Care*, 20(6), 315-321.

Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4º Ed.

Rodrigues, V. V., Moreira, D. T. S., Silva, J. S., & Brito, W. A. A. S. (2017). Hemorragia digestiva alta varicosa em paciente com histórico alcoólico: relato de experiência. *Enfermagem Revista*, 20(1), 75-83.

Röhm, K. D., Wolf, M. W., Boldt, J., Schöllhorn, T., Schellhaass, A., & Piper, S. N. (2008). Short-term sevoflurane sedation using the anaesthetic conserving device AnaConDa® after cardiac surgery: feasibility, recovery and clinical issues. *Critical Care*, 12(2), 1-2.

Saillard, C., Blaise, D., & Mokart, D. (2016). Critically ill allogeneic hematopoietic stem cell transplantation patients in the intensive care unit: reappraisal of actual prognosis. *Bone Marrow Transplantation*, 51(8), 1050-1061.

Salgueiro, A. C. V. (2018). *Triagem de Manchester: Satisfação dos Enfermeiros* (Doctoral dissertation, Instituto Politecnico de Viseu (Portugal)).

Santos, F. D. (2016). *Alterações Globais: Os desafios e os riscos presentes e futuros*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santos, M. C., & Ortolan, G. L. (2020). Análise Da Prevalência De Varizes Esofágicas Em Pacientes Internados Por Hemorragia Digestiva Alta No HURCG. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*, 26(2), 100-109.

Santos, T. (2017). Humanização em unidades de urgência e emergência, PE. *Trabalho de Conclusão de Curso (Pósgraduação em urgência e emergência). Faculdade/Universidade Anhanguera Educacional.*

Šáteková, L., & Žiaková, K. (2014). Validity of pressure ulcer risk assessment scales: review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 5(2), 85-92.

Schat, A. C., Frone, M. R., & Kelloway, E. K. (2006). Prevalence of Workplace Aggression in the US Workforce: Findings From a National Study. In *Handbook of workplace violence*, Edited by: Kelloway, E.K., Barling, J. and Hurrell, J. J. 47–89. Thousand Oaks, CA: Sage.

Seong-Hi, P. A. R. K., & Lee, H. S. (2016). Assessing predictive validity of pressure ulcer risk scales-a systematic review and meta-analysis. *Iranian journal of public health*, 45(2), 122.

Seongsook, R. J., Ihnsook, R. J., & Younghee, R. L. (2004). Validity of pressure ulcer risk assessment scales; Cubbin and Jackson, Braden, and Douglas scale. *International journal of nursing studies*, 41(2), 199-204.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel. ISBN 9789897521683.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*.

Shah, S., Patel, A., Rumoro, D. P., Hohmann, S., & Fullam, F. (2015). Managing patient expectations at emergency department triage. *Patient Experience Journal*, 2(2), 31-44.

Shahiri, T. S., Richebé, P., Richard-Lalonde, M., & Gélinas, C. (2021). Description of the validity of the Analgesia Nociception Index (ANI) and Nociception Level Index (NOL) for nociception assessment in anesthetized patients undergoing surgery: A systematized review. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 1-13.

Silva, G. M., Cavalcante, E. R., de Souza, V. M. S., Lima, K. M. O., da Costa Cavalcanti, B. K., & da Silva, S. S. C. (2018). Análise do conhecimento da equipe multidisciplinar em uma unidade de terapia intensiva a cerca dos cuidados paliativos. *Revista Saúde-UNG-Ser*, 11(1 ESP), 39.

Silva, L. F., & Casarini, K. A. (2019). Roteiro norteador de perguntas dos familiares: Um recurso de comunicação em UTI. *Revista da SPAGESP*, 20(2), 37-54.

Smith, C. D., & Grami, P. (2017). Feasibility and effectiveness of a delirium prevention bundle in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 26(1), 19-27.

Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Kane-Gill, S. L., & Alexander, S. A. (2017). Perceptions of family members, nurses, and physicians on involving patients' families in delirium prevention. *Critical Care Nurse*, 37(6), 48-57.

Soares, A. C. L., Brasileiro, M., & de Souza, D. G. (2018). Acolhimento com Classificação de Risco: Atuação do Enfermeiro na Urgência e Emergência: Embracement With Risk Classification: The Nurse's Action In Urgency And Emergency. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 8(22), 22-33.

Soares, M., Bozza, F. A., Azevedo, L. C., Silva, U. V., Corrêa, T. D., Colombari, F., Torelly, A. P., Varashin, P., Viana, W. N., Knibel, M. F., Damasceno, M., Espinoza, R., Ferez, M., Silveira, J. G., Lobo, S. A., Moraes, A. P. P., Lima, R. A., Carvalho, A. G. R., Brasil, P. E. A. A., Kahn, J. M., Angus, D. C. & Salluh, J. I. (2016). Effects of organizational characteristics on outcomes and resource use in patients with cancer admitted to intensive care units. *Journal of Clinical Oncology*, 34(27), 3315-3324.

Sousa, J. (2009). *A vida é um minuto: o poder e a imagem*. Oficina do Livro.

Sousa, K. H. J. F., Damasceno, C. K. C. S., Almeida, C. A. P. L., Magalhães, J. M., & Ferreira, M. D. A. (2019). Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40.

Souza, A. D., Lima, C. G. G., Castro Franco, L. M., & Barçante, T. A. (2010). Instrumentos De Gestão Para Avaliação Da Carga De Trabalho Da Enfermagem Em Unidades De Terapia Intensiva. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 4(1).

Souza, V. S. D., Inoue, K. C., Costa, M. A. R., Oliveira, J. L. C. D., Marcon, S. S., & Matsuda, L. M. (2018). Erros de enfermagem no processo de medicação: análise de mídia eletrônica televisiva. *Escola Anna Nery*, 22.

Stayt, L. C., Seers, K., & Tutton, E. (2015). Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2051-2061.

Tavares, A., Soares, E., André, S. C. S., Barreiros, C., Pité-Madeira, C., Sá, R. A. M., & Haddad, I. R. (2019a). Gestão do risco não clínico. In P. Sousa, & W. Mendes (Eds.), *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (2ª ed., pp. 335-389). Editora Fiocruz.

Tavares, T., Camões, J., Carvalho, D. R., Jacinto, R., Vales, C. M., & Gomes, E. (2019b). Avaliação da satisfação e das preferências do doente com o diário em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31, 164-170.

Teixeira, A. I. C. (2021). Supervisão Clínica em Enfermagem-Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional.

Torres, L., Nelson, F., & West, G. (2020). Exploring the Effects of a Nurse-Initiated Diary Intervention on Post-Critical Care Posttraumatic Stress Disorder. *AJN The American Journal of Nursing*, 120(5), 24-33.

Tranquilliti, A. M., & Padilha, K. G. (2007). Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 141-146.

Treviso, P., Peres, S. C., da Silva, A. D., & dos Santos, A. A. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Revista de Administração em Saúde*, 17(69).

VanGilder, M. C., Amlung, S., Harrison, P., & Meyer, S. (2009). Results of the 2008–2009 International Pressure Ulcer Prevalence™ Survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. *Ostomy Wound Manag*, 55, 39-45.

Vítolo, F., & Médico-Noble, S. A. (2011). Violencia contra profesionales de la salud. *Biblioteca Virtual Noble*, 1-13.

Wagner, A., Rieger, M. A., Manser, T., Sturm, H., Hardt, J., Martus, P., Lessing, C. & Hammer, A. (2019). Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 19(1), 1-14.

Wainer, C. (2020). The importance of oral hygiene for patients on mechanical ventilation. *British Journal Nursing*, 29(15), 862-863. Doi: 10.12968/bjon.2020.29.15.86

Wei, M., Wu, L., Chen, Y., Fu, Q., Chen, W., & Yang, D. (2020). Predictive validity of the braden scale for pressure ulcer risk in critical care: A meta-analysis. *Nursing in critical care*, 25(3), 165-170.

Wijdicks, E. F. (1995). Determining brain death in adults. *Neurology*, 45(5), 1003-1011.

Apêndices

**Apêndice I – Revisão da Literatura sobre a
Avaliação do risco de desenvolver Úlcera Por
Pressão em contexto de Serviço de Medicina
Intensiva**

Avaliação do risco de desenvolver Úlcera por pressão através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI.

Revisão da Literatura

Elaborado por: Cindy Pereira.

Universidade Católica Portuguesa
Escola de Enfermagem
Instituto de Ciências da Saúde - Porto

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Porto, junho de 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Avaliação do risco de desenvolver Úlcera por pressão através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI.

Revisão da Literatura

Elaborado por: Cindy Pereira.

Sob orientação de: Prof^ª. Doutora Irene Oliveira.

Universidade Católica Portuguesa
Escola de Enfermagem
Instituto de Ciências da Saúde - Porto

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Porto, junho de 2022

Índice

Resumo.....	110
Abstract.....	111
1. Introdução.....	112
2. Metodologia.....	114
3. Resultados.....	116
4. Discussão.....	119
5. Conclusão.....	122
6. Referências Bibliográficas.....	124

Índice de Figuras

Figura 1 – Diagrama Prisma.....	115
---------------------------------	-----

Apêndices.....	128
----------------	-----

Apêndice 1 - Tabela de Evidências.....	129
--	-----

Resumo

Introdução: As úlceras por pressão (UPP) são um indicador sensível dos cuidados de enfermagem. No caso dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos (UCI), a probabilidade de desenvolver problemas ao nível da integridade cutânea, que podem resultar em UPP, aumenta consideravelmente. Desta forma, os enfermeiros recorrem ao uso de instrumentos de avaliação de risco para prever o risco destas alterações, através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson ou da Escala revista de Cubbin & Jackson.

Objetivo: Comparar a avaliação do risco de desenvolver UPP através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI.

Metodologia: Revisão da literatura realizada com recurso a uma pesquisa na base de dados EBSCO Discovery Service com os descritores MeSH “*braden scale*”, “*cubbin*”, “*jackson*” e “*pressure ulcer*”, a 20 de maio de 2022. Para a pesquisa consideraram-se estudos publicados desde 2012, em português, inglês e espanhol. Critérios de inclusão: artigos resultantes de estudos primários que descrevessem uma comparação entre o uso da Escala de Braden e da Escala de Cubbin & Jackson ou da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI, com texto integral gratuito e disponível. Critérios de exclusão: estudos que comparassem outras escalas, para além das referidas anteriormente, revisões sistemáticas e cartas de editor. Foram incluídos e analisados 4 artigos.

Resultados: Dois estudos que recorreram à Escala revista de Cubbin & Jackson demonstraram que a mesma apresenta propriedades preditivas superiores e maior discriminação em comparação com a Escala de Braden para a previsão do risco de UPP em doentes críticos. Já os dois estudos com recurso à Escala de Cubbin & Jackson, apresentam outros resultados. O primeiro conclui que esta demonstra melhor especificidade e valor preditivo positivo, porém, a Escala de Braden apresenta melhor validade geral. Relativamente ao último estudo, sugere que esta surge como uma alternativa comparável à Escala de Braden e que as validades preditivas das Escalas de Cubbin & Jackson e Braden são semelhantes, mas ambas apresentam baixa especificidade e valor preditivo positivo.

Conclusão: A aplicação da Escala revista de Cubbin & Jackson apresenta propriedades preditivas relevantes e uma maior discriminação do risco de UPP em doentes em UCI, desempenhando um papel importante na sua prevenção. No caso da Escala de Cubbin & Jackson, os resultados não são tão satisfatórios.

Descritores: Escala de Braden, Escala de Cubbin & Jackson, Escala revista de Cubbin & Jackson, Úlcera por pressão, Unidade de Cuidados Intensivos.

Abstract

Introduction: Pressure ulcers are a sensitive indicator of nursing care. In the case of patients admitted to intensive care units, the likelihood of developing problems in terms of skin integrity, which can result in pressure ulcers, increases considerably. Thus, nurses use risk assessment tools to predict the risk of these changes through the Braden Scale, the Cubbin & Jackson Scale, or the Cubbin & Jackson Revised Scale.

Objetives: Compare the risk assessment of developing pressure ulcer through the Braden Scale, the Cubbin & Jackson Scale, and the Cubbin & Jackson Revised Scale in patients admitted to Intensive Care Units.

Methods: Literary Review, performed through a survey carried out on the EBSCO Discovery Service database, using the keywords “*braden scale*”, “*cubbin*”, “*jackson*” and “*pressure ulcer*”, on 20th of May 2022. Studies in portuguese, english and spanish, published since 2012, were considered for the research. Inclusion Criteria: articles resulting from primary studies that describing a comparison between the use of the Braden Scale and the Cubbin & Jackson Scale or the Cubbin & Jackson Revised Scale in patients admitted to intensive care units, with free full text available. Exclusion criteria: studies comparing other scales, in addition to those mentioned previously, systematic reviews and editor letters. A total of four studies were included and analyzed.

Results: Two studies that have used the Cubbin & Jackson Revised Scale have shown that it has superior predictive properties and greater discrimination compared to the Braden Scale for predicting the risk of pressure ulcers in critically ill patients. The two studies using the Cubbin & Jackson Scale present other results. The first concludes that this demonstrates better specificity and positive predictive value, but the Braden Scale has better overall validity. Regarding the latest study, it suggests that this appears as an alternative comparable to the Braden Scale and that the predictive validities of the Cubbin & Jackson and Braden Scales are similar, but both have low specificity and positive predictive value.

Conclusions: The application of the Cubbin & Jackson Revised Scale in intensive care units has relevant predictive properties and greater discrimination in the risk of pressure ulcers in intensive care patients, playing an important role in its prevention. In the case of the Cubbin & Jackson Scale, the results are not as satisfactory.

Keywords: Braden Scale, Cubbin & Jackson Scale, Cubbin & Jackson Revised Scale, Pressure Ulcer, Intensive Care Unit.

1. Introdução

No âmbito da unidade curricular de A pessoa em situação crítica e família - vigilância e decisão clínica, no primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde – Porto da Universidade Católica Portuguesa foi realizada a seguinte revisão da literatura. A revisão surge como resposta a um processo avaliativo e em resultado do contacto com o contexto de estágio num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) de um Centro Hospitalar da zona norte do país. Foram verificados inúmeros fatores de risco existentes numa UCI para o desenvolvimento de uma UPP, como a sedação, as insónias, a agitação, a anasarca, a infeção, a falência orgânica, os corticosteroides, a idade, a exsudação, a humidade, a imobilidade, a instabilidade hemodinâmica, a torção, a obesidade, a hipertermia/hipotermia, o edema, a dor, a desnutrição, as aminas, a pressão, a fricção, o hipermetabolismo, entre outros. Assim, é importante adotar um instrumento que permita diagnosticar adequadamente os doentes com alto risco de desenvolver UPP, possibilitando o direcionamento das intervenções. A norma de referência bibliográfica adotada foi baseada no manual da *American Psychological Association*.

As UPP são uma complicação comum em doentes internados em UCI, maioritariamente sedados, ventilados e/ou acamados por longos períodos. Consequentemente, desenvolvem quadros de dor e angústia psicossocial, que estão associados a uma perda de independência e isolamento social (He, Tang, Ge & Zheng, 2016). Para além disso, contribuem para o aumento dos custos dos cuidados de saúde (VanGilder, Amlung, Harrison & Meyer, 2009).

A incidência de UPP em doentes hospitalizados varia de 3.3% a 52.9%, dependendo da metodologia e da configuração de vários estudos (Lima-Serrano, González-Méndez, Martín-Castaño, Alonso-Araujo & Lima-Rodríguez, 2018; Campanili, Santos, Strazzieri-Pulido, Thomaz & Nogueira, 2015; Manzano & al., 2010). No entanto, os doentes críticos apresentam maior risco de desenvolver UPP do que os doentes não críticos, principalmente devido às doenças subjacentes, à hemodinâmica instável, à analgesia e/ou uso de relaxantes musculares (Lima-Serrano, González-Méndez, Martín-Castaño, Alonso-Araujo & Lima-Rodríguez, 2018).

A sua ocorrência depende de múltiplos fatores complexos. Por isso, a prevenção ativa é essencial para reduzir a respetiva incidência, demarcando-se com um primeiro passo de

identificação das populações em risco acrescido, proporcionando uma intervenção precoce para reduzir quaisquer consequências adversas (Bly, Schallom, Sona & Klinkenberg, 2016). A avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e as intervenções de enfermagem para prevenir o seu desenvolvimento em doentes internados em UCI são recomendações para doentes críticos (Carlson, Kemp & Shott, 1999).

As UPP são também um indicador sensível dos cuidados de enfermagem, logo são afetadas e influenciadas pelos respetivos cuidados prestados (Cubbin & Jackson, 1991). Desta forma, os enfermeiros recorrem ao uso de instrumentos de avaliação de risco de alterações da integridade da pele. Estes instrumentos coadjuvam na avaliação do risco e na identificação precoce das pessoas com alto risco de desenvolver UPP. Assim, os profissionais de saúde poderão realizar intervenções precoces e reduzir os resultados mais desfavoráveis.

Os instrumentos abordados neste trabalho são a Escala de Braden, a Escala de Cubbin & Jackson e a Escala revista de Cubbin & Jackson. A Escala de Braden é um instrumento amplamente usado para avaliar o risco de UPP, mas o seu poder preditivo é controverso em contextos como a UCI (Wei & al., 2020). Esta compreende 6 domínios: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento (Bergstrom, 1987). No que concerne à Escala de Cubbin & Jackson, o objetivo era dotar os enfermeiros em cuidados intensivos com um instrumento simples e eficiente para avaliar objetivamente o risco de UPP dos doentes em UCI. O instrumento desenvolvido em 1991, apresentava 10 domínios: a idade, peso, pele, estado de consciência, mobilidade, estado hemodinâmico, respiração, nutrição, incontinência e higiene. Quando revisto em 1999, passou a incluir 12 domínios, que acrescentavam aos 10 domínios anteriores, o domínio dos antecedentes pessoais e as necessidades de oxigénio (Jackson, 1999). Atendendo à prevalência e impacto da problemática, torna-se essencial encontrar estratégias que possam diminuir a incidência e prevalência de UPP em doentes internados em UCI.

Desta forma, esta revisão da literatura pretende responder à questão “*Quais as diferenças entre a aplicação da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI, na avaliação do risco de desenvolver UPP?*” e objetivo comparar a avaliação do risco de desenvolver UPP através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI, bem como conhecer outros outcomes que possam advir destas avaliações.

2. Metodologia

O método utilizado foi uma Revisão da Literatura, de forma a sintetizar os resultados obtidos sobre a temática em estudo, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.

A construção desta revisão passou essencialmente por 3 etapas. Numa primeira etapa foi elaborada uma questão de investigação sobre a temática em análise: “*Quais as diferenças entre a aplicação da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI, na avaliação do risco de desenvolver UPP?*”. A questão de investigação foi elaborada segundo a estratégia PICO, em que o P representa a população/doente/problema em estudo, I a intervenção realizada, C a comparação com outros métodos e O os outcomes/resultados obtidos. Na elaboração da questão de investigação foi considerada a população de doentes internados em UCI, quando intervencionados com um protocolo de aplicação da Escala de Braden, comparativamente com a aplicação da Escala de Cubbin & Jackson ou da Escala revista de Cubbin & Jackson, indagando qual a escala que se encontra mais indicada para o contexto de doentes em cuidados intensivos.

Numa segunda etapa foi realizada uma pesquisa na base de dados EBSCO Discovery Service, com descritores MeSH combinados através da expressão Booleana “AND”, tais como: “*braden scale*” and “*cubbin*” and “*jackson*” and “*pressure ulcer*”. Para refinar a pesquisa foram utilizados como **critérios de inclusão** apenas artigos resultantes de estudos primários que descrevessem uma comparação entre o uso da Escala de Braden e da Escala de Cubbin & Jackson ou da Escala revista de Jackson & Cubbin, em doentes internados em UCI, com texto integral, gratuito e disponível, publicados desde 2012 e nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram definidos como **critérios de exclusão** todos os estudos que comparassem outras escalas, para além das referidas anteriormente, revisões de literatura e cartas de editor. Esta pesquisa foi concretizada no dia 20 de maio de 2022.

Na terceira e última etapa, foi realizado o levantamento dos artigos com os descritores propostos constantes na base de dados, tendo sido identificados 326 artigos. Com aplicação dos critérios de inclusão ficaram 79 artigos. Após análise dos títulos e resumos de cada um dos artigos, aplicação dos critérios de exclusão, foram excluídos todos os artigos de revisão e artigos que não abordavam a temática proposta, ou seja, foram excluídos 75, totalizando cerca de 4 artigos selecionados. A estes 4 artigos foi feita uma análise crítica através de uma leitura criteriosa e,

dado terem dado resposta à questão de investigação, coadunando-se com os objetivos propostos, foram os selecionados para este estudo.

O processo de identificação e seleção dos estudos analisados encontra-se representado no Diagrama Prisma ou *Prisma Flow Diagram*, observável na figura 1.

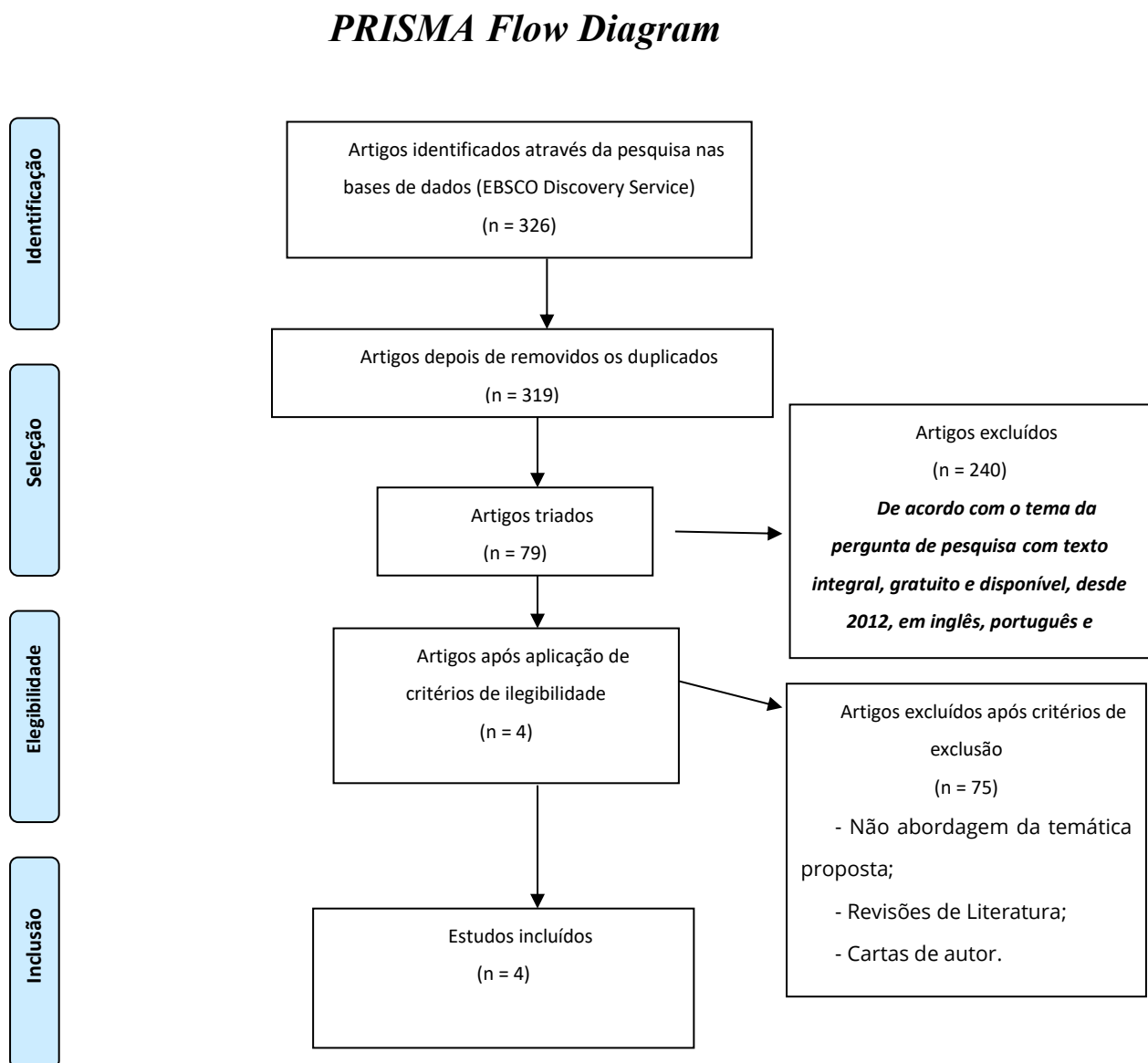


Figura 1: Diagrama Prisma

3. Resultados

Foram selecionados quatro estudos para a elaboração da revisão da literatura acerca da comparação entre a aplicação da Escala de Braden e a Escala de Cubbin & Jackson ou a Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI, para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP. Todos os estudos selecionados foram realizados em UCI, comparando a aplicação das respectivas escalas e sintetizados no quadro seguinte.

Quadro 1

Breve descrição dos artigos

	Autor	Ano	País	Título
Artigo nº1	Higgins, J., Casey, S., Taylor, E., Wilson, R., & Halcomb, P..	2020	Região Sudeste dos Estados Unidos.	Comparing the Braden and Jackson/Cubbin pressure injury risk scales in trauma-surgery ICU patients.
Artigo nº2	Liu, M., Chen, W., Liao, Q., Gu, Q., Hsu, M., & Poon, A..	2013	China.	Validation of two pressure ulcer risk assessment scales among Chinese ICU patients.
Artigo nº3	Delawder, J. M., Leontie, S. L., Maduro, R. S., Morgan, M. K., & Zimbro, K. S..	2021	Estados Unidos da América.	Predictive validity of the Cubbin-Jackson and Braden skin risk tools in critical care patients: a multisite project.
Artigo nº4	Adibelli, S., & Korkmaz, F..	2019	Ankara, Turquia.	Pressure injury risk assessment in intensive care units: Comparison of the reliability and predictive validity of the Braden and Jackson/Cubbin scales.

Relativamente aos resultados apresentados, os autores Higgins, Casey, Taylor, Wilson & Halcomb (2020) realizaram um estudo retrospectivo com doentes críticos de trauma cirúrgico. Um ponto de corte de 16 na Escala de Braden, tem sido historicamente considerado para determinar o risco, no entanto, na instituição deste estudo uma pontuação mais conservadora de 18 ou menos foi considerada como indicativa de risco. O ponto de corte para o "alto risco" da Escala revista de Cubbin & Jackson foi estabelecido como 29. No entanto, no estudo da instituição, um ponto de corte mais conservador de 35 foi usado para indicar o risco. Neste estudo, a Escala revista de Cubbin & Jackson demonstrou propriedades preditivas superiores e maior discriminação em comparação com a Escala de Braden para a previsão do risco de UPP em doentes críticos com trauma cirúrgico. Sugerem ainda, que numa população com trauma cirúrgico em estado crítico, a Escala de Braden leva a uma sobrevalorização do risco.

No estudo de Liu, Chen, Liao, Gu, Hsu & Poon (2013), os autores compararam e validaram as escalas de avaliação de risco de UPP de Braden e Cubbin & Jackson em doentes chineses internados em UCI, através de um estudo longitudinal. Baseado no valor de corte de 16 pontos para a Escala de Braden e de 24 pontos para a Escala de Cubbin & Jackson, este estudo tentou identificar um instrumento ideal, com alta especificidade e valor preditivo positivo quando as mesmas condições foram dadas. A este respeito, a Escala de Cubbin & Jackson demonstrou uma melhor especificidade e valor preditivo positivo. No que diz respeito à validade global das escalas, a Escala de Braden apresentou melhor validade geral do que a Escala de Cubbin & Jackson.

No terceiro artigo analisado, os autores Delawder, Leontie, Maduro, Morgan & Zimbardo (2021), realizaram um estudo retrospectivo, para avaliar a validade da Escala de Cubbin & Jackson para doentes internados em UCI e comparar a validade preditiva da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala de Braden para os mesmos doentes durante o seu internamento em UCI. No presente estudo, usaram a pontuação de corte para a Escala de Cubbin & Jackson de 35. A pontuação de corte da Escala de Braden foi de 18. As pontuações da Escala de Cubbin & Jackson e de Braden foram significativas e positivamente correlacionadas. Ambos os instrumentos foram preditores significativos de alterações cutâneas e identificaram como "em risco" 100% dos doentes que tiveram uma mudança na integridade da pele. Os resultados mostraram ainda uma validade aceitável para ambas as escalas. Embora a Escala de Braden tenha sido aceite como um padrão de cuidados na população de doentes internados em cuidados intensivos, este estudo identificou a Escala de Cubbin & Jackson como uma alternativa comparável. As validades preditivas das

Escalas de Cubbin & Jackson e Braden são semelhantes, mas ambas apresentam baixa especificidade e valor preditivo positivo.

No quarto e último estudo, Adibelli & Korkmaz (2019), procuraram comparar a fiabilidade e validade preditiva das escalas de avaliação do risco de UPP de Braden e da Escala revista de Cubbin & Jackson, em doentes internados em UCI. Um estudo prospetivo e transversal, em que foi utilizada uma versão turca validada da Escala de Braden, cuja pontuação de corte foi de 16. A pontuação de corte para a Escala revista de Cubbin & Jackson foi de 29. Ambas as escalas, de acordo com estes autores, são fiáveis e válidas para a avaliação do risco de UPP em doentes em UCI. No entanto, a capacidade preditiva de determinar os doentes com risco e os doentes sem risco de desenvolver UPP foi melhor com a Escala revista de Cubbin & Jackson do que com a Escala de Braden, de acordo com a sua sensibilidade geral e valores de especificidade. A capacidade discriminatória da Escala revista de Cubbin & Jackson (entre os doentes com risco de desenvolver UPP e sem risco) foi melhor.

A síntese das informações extraídas dos estudos pode ser observada na tabela de evidências (Apêndice I).

4. Discussão

O artigo nº 1 e nº 4 realizaram o estudo com recurso à Escala revista de Cubbin & Jackson e, o artigo nº 2 e nº 3 usaram a Escala de Cubbin & Jackson. Os resultados serão, por isso, discutidos separadamente. É importante ainda referir, que os valores de corte para atribuição de alto risco foram diferentes. Estes fatores poderão condicionar as conclusões retiradas, bem como a comparação entre as mesmas.

Escala revista de Cubbin Jackson comparada no Artigo nº 1 e nº 4

No artigo nº1 de Higgins, Casey, Taylor, Wilson & Halcomb (2020), a utilização da Escala revista de Cubbin & Jackson é recomendada para uma população de doentes críticos com trauma cirúrgico, embora se justifique uma investigação adicional para replicar as suas qualidades preditivas. Ademais, é necessário considerar o desenvolvimento de uma escala modificada, que possa ajustar-se ainda mais a cada realidade existente em UCI. Assim, as investigações futuras devem comparar a utilização da Escala revista de Cubbin & Jackson em várias populações de doentes críticos para garantir que a sua validade seja, de facto, universal e não única (Higgins, Casey, Taylor, Wilson & Halcomb, 2020).

Ainda no mesmo estudo, encontra-se descrito que numa população de trauma cirúrgico em estado crítico, a Escala de Braden leva a uma sobrevalorização do risco, dado semelhante aos resultados reportados por Griswold, Griffin, Swain & Kerby (2017). Esta sobrevalorização do risco pode resultar numa má gestão do tempo e dos recursos e, dessensibilização da equipa para os verdadeiros fatores de risco associados ao desenvolvimento de UPP. Esta característica da Escala de Braden pode resultar da natureza subjetiva do instrumento e da falta de componentes que reflitam objetivamente as características dos doentes críticos.

Ademais, Deng, Yu & Hu (2017) demonstram que apesar de ser uma das escalas de avaliação de risco mais populares, a Escala de Braden tem demonstrado ser imprecisa em doentes em situação crítica, pela sua baixa especificidade e baixo valor preditivo positivo. Mais especificamente, no caso dos doentes com trauma, revelou um baixo valor preditivo positivo, sugerindo que é provavelmente inadequada para esta população em específico (Griswold, Griffin, Swain & Kerby, 2017). Em contrapartida, a Escala revista de Cubbin & Jackson foi validada pela sua sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e área sob a curva, para utilização na população crítica em UCI por vários autores

(Ahtiala, Soppi & Kivimäki, 2016; Boyle & Green, 2001; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo & Agreda, 2014; Kim, Lee, Lee & Eom, 2009; Kim, Choi, Lee & Kim, 2013; Kosmidis & Koutsouki, 2008).

Relativamente ao artigo nº 4 (Adibelli & Korkmaz, 2019), a Escala revista de Cubbin & Jackson apresentava valores elevados tanto para a sensibilidade como para a especificidade, enquanto o valor de sensibilidade da Escala de Braden era superior ao valor da especificidade. Consequentemente, esta identificará a maioria dos doentes em risco de desenvolver UPP, porém a capacidade preditiva da escala pode determinar de forma errada os doentes que não estão em risco. Estes resultados indicam que a capacidade preditiva de determinar os doentes com alto risco e com baixo risco para desenvolver UPP foi melhor para a Escala revista de Cubbin & Jackson do que para a Escala de Braden. Ainda neste estudo, são descritos resultados de outros autores, que indicam que a sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo da Escala revista de Cubbin & Jackson variam de valores baixos a valores elevados, porém o valor preditivo negativo é consistentemente elevado, ou seja, surge como uma vantagem na discriminação dos doentes que realmente não estão em risco.

Escala de Cubbin & Jackson comparada no Artigo nº 2 e nº 3

Com o estudo do artigo nº2 de Liu et al. (2013), apesar da Escala de Braden apresentar melhor validade geral do que a Escala de Cubbin & Jackson, este resultado foi inconsistente com outros estudos. Por exemplo, Seongsook, Ihnsook & Younghee (2004) relataram que a Escala de Cubbin & Jackson mostrou melhor validade global em comparação com a Escala de Braden e a Escala de Douglas. Uma possível justificação poderá ter sido as diferenças demográficas entre os estudos. Os mesmos autores referem que a Escala de Cubbin & Jackson demonstrou qualidades preditivas desejáveis em mais populações em cuidados críticos, incluindo aquelas com patologias médicas primárias/pulmonares e neurológicas. De salientar que embora a validade global se apresentasse melhor com a Escala de Braden, segundo o artigo nº2, a Escala de Cubbin & Jackson demonstrou uma melhor especificidade e valor preditivo positivo.

Os resultados do terceiro artigo analisado, indicam que a validade preditiva da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala de Braden são semelhantes, mas ambas apresentam baixa especificidade e valor preditivo positivo. Refere que a mudança na prática pode não ser justificada, uma vez que não existem diferenças entre as duas escalas que ofereçam benefício prático para os

enfermeiros. É recomendado que a investigação futura se concentre no desenvolvimento de um novo instrumento mais adequado para o contexto de UCI.

É indiscutível que a forma de prevenção major, referida e citada por vários autores é a correta avaliação do risco de desenvolver UPP e, dessa forma, a aplicação de intervenções em função do risco, reduzindo os custos, otimizando os recursos e atuando de forma efetiva sobre os doentes que efetivamente apresentam alto risco. Assim, e de acordo com a análise dos quatro estudos, concluo que o benefício da aplicação da escala mais adequada ao contexto, permite discriminar os doentes com maior risco. Os resultados mais positivos prenderam-se na aplicação da Escala revista de Cubbin & Jackson, embora existam também autores que considerem a Escala de Cubbin & Jackson vantajosa no contexto de UCI. Pelo contrário, no que diz respeito a esta última, quando comparada com a Escala de Braden, os resultados não se apresentam tão satisfatórios, revelando que se assemelham. Não obstante, todos os autores apresentaram algumas limitações, expressas na Tabela de Evidências (Apêndice I), propondo estudos futuros.

5. Conclusão

A utilização de um instrumento de avaliação de risco válida e fiável permite aumentar a frequência e a eficácia das intervenções preventivas de UPP, com base nos fatores de avaliação do risco (Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina & Alvarez-Nieto, 2006). Esta melhoria nas intervenções aumentará a qualidade dos cuidados de enfermagem e protegerá os doentes de procedimentos desnecessários. Portanto, a determinação de um instrumento de avaliação de risco especialmente em doentes internados em UCI é de extrema relevância, uma vez que estes apresentam uma série de fatores de risco e são mais propensos ao desenvolvimento de UPP.

A evidência da escala ideal para a população que se encontra em UCI é inconclusiva. A avaliação do risco pela Escala de Braden é amplamente utilizada e validada (Garcia-Fernandez, Pancorbo-Hidalgo, Agreda & Torres, 2013; Seong-Hi & Lee, 2016; Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina & Alvarez-Nieto, 2006). Não obstante, carece de validade preditiva em doentes em cuidados intensivos e, muitas vezes com uma sobrevalorização do risco de UPP. Relativamente, à Escala de Cubbin & Jackson e Escala revista de Cubbin & Jackson, foram projetadas especificamente para doentes em cuidados intensivos, existindo resultados contraditórios.

É, desta forma importante, realizar investigação para explorar a validade quer da Escala de Cubbin & Jackson, quer da sua versão revista em doentes em situação crítica (Šáteková & Žiaková, 2014), mas, acima de tudo realizar comparações diretas entre a Escala de Braden e as Escalas de Cubbin & Jackson, com os mesmos doentes e no mesmo espaço de tempo (Liu, Chen, Liao, Gu, Hsu & Poon, 2013). Para além das escalas abordadas anteriormente, existem outras que merecem atenção e que seria importante a realização de investigação, como a proposta com as escalas abordadas neste trabalho, como a Escala de Sunderland Pressure Sore Risk Calculator (Lower, 1995) e a Critical Care Pressure Ulcer Assessment Tool made Easy – CALCULATE (Richardson & Barrow, 2015; Richardson & Straughan, 2015), já validada em Portugal por Monteiro (2021).

É fundamental fazer referência à principal limitação sentida para a execução da respetiva revisão. Os artigos encontrados com particular interesse para dar resposta à questão foram reduzidos, com amostras relativamente pequenas e cingidas a populações muito específicas. Apesar desta limitação, foi possível através dos artigos encontrados, dar resposta à questão de

partida. De forma, não obstante, ficou claro que esta é uma área de investigação com extrema relevância e que ainda carece de mais estudos.

Em suma, concluo que os vários estudos que abordam a temática, ainda não permitem estabelecer comparabilidades com vista a generalização dos resultados. É necessário ampliar o corpo de evidência para que seja possível afirmar de forma mais assertiva a melhor opção. Acrescenta-se ainda a escassez de revisões sistemáticas criteriosas sobre o tema e com qualidade metodológica. Proponho assim, a realização de mais estudos.

6. Referências Bibliográficas

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), 4595-4605.

Ahtiala, M. H., Soppi, E., & Kivimäki, R. (2016). Critical Evaluation of the Jackson/Cubbin Pressure Ulcer Risk Scale-A Secondary Analysis of a Retrospective Cohort Study Population of Intensive Care Patients. *Ostomy/Wound Management*, 62(2), 24-33.

Bergstrom, N. (1987). The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs res*, 36(4), 205-210.

Bly, D., Schallom, M., Sona, C., & Klinkenberg, D. (2016). A model of pressure, oxygenation, and perfusion risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 25(2), 156-164.

Boyle, M., & Green, M. (2001). Pressure sores in intensive care: defining their incidence and associated factors and assessing the utility of two pressure sore risk assessment tools. *Australian Critical Care*, 14(1), 24-30.

Campanili, T. C. G. F., Santos, V. L. C. D. G., Strazzieri-Pulido, K. C., Thomaz, P. D. B. M., & Nogueira, P. C. (2015). Incidence of pressure ulcers in cardiopulmonary intensive care unit patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 7-14.

Carlson, E. V., Kemp, M. G., & Shott, S. (1999). Predicting the risk of pressure ulcers in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 8(4), 262.

Cubbin, B., & Jackson, C. (1991). Trial of a pressure area risk calculator for intensive therapy patients. *Intensive Care Nursing*, 7(1), 40-44.

Delawder, J. M., Leontie, S. L., Maduro, R. S., Morgan, M. K., & Zimbardo, K. 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), 140-144.

Deng, X., Yu, T., & Hu, A. (2017). Predicting the risk for hospital-acquired pressure ulcers in critical care patients. *Critical care nurse*, 37(4), e1-e11.

García-Fernández, F. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., & Agreda, J. J. S. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgment for pressure ulcers: a meta-analysis. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(1), 24-34.

Griswold, L. H., Griffin, R. L., Swain, T., & Kerby, J. D. (2017). Validity of the Braden Scale in grading pressure ulcers in trauma and burn patients. *Journal of surgical research*, 219, 151-157.

He, M., Tang, A., Ge, X., & Zheng, J. (2016). Pressure ulcers in the intensive care unit: an analysis of skin barrier risk factors. *Advances in skin & wound care*, 29(11), 493-498.

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), 52-61.

Jackson, C. (1999). The revised Jackson/Cubbin pressure area risk calculator. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15(3), 169-175.

Kim, E. K., Lee, S. M., Lee, E., & Eom, M. R. (2009). Comparison of the predictive validity among pressure ulcer risk assessment scales for surgical ICU patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, The, 26(4), 87-94.

Kim, E., Choi, M., Lee, J., & Kim, Y. A. (2013). Reusability of EMR data for applying Cubbin and Jackson pressure ulcer risk assessment scale in critical care patients. *Healthcare Informatics Research*, 19(4), 261-270.

Kosmidis, D., & Koutsouki, S. (2008). Pressure ulcers risk assessment scales in ICU patients: validity comparison of Jackson/Cubbin (revised) and Braden scales. *Nosileftiki*, 47(1), 86-95.

Lima-Serrano, M., González-Méndez, M. I., Martín-Castaño, C., Alonso-Araujo, I., & Lima-Rodríguez, J. S. (2018). Predictive validity and reliability of the Braden scale for risk assessment of pressure ulcers in an intensive care unit. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 42(2), 82-91.

Liu, M., Chen, W., Liao, Q., Gu, Q., Hsu, M., & Poon, A. (2013). Validation of two pressure ulcer risk assessment scales among Chinese ICU patients. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 145-159.

Manzano, F., Navarro, M. J., Roldán, D., Moral, M. A., Leyva, I., Guerrero, C., Sanchez, M. A., Colmenero, M., Fernández-Mondejar, E. & Granada UPP Group. (2010). Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients. *Journal of critical care*, 25(3), 469-476.

Monteiro, O. L. R. (2021). Risco de úlcera por pressão na pessoa em situação crítica em unidades de cuidados intensivos: validação da escala CALCULATE (Master's thesis).

Pancorbo-Hidalgo, P. L., Garcia-Fernandez, F. P., Lopez-Medina, I. M., & Alvarez-Nieto, C. (2006). Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 54(1), 94-110.

García-Fernández, F. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., Agreda, J. J. S., & Torres, M. D. C. R. (2013). Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metaanálisis. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 24(2), 84-91.

Richardson, A., & Barrow, I. (2015). Part 1: Pressure ulcer assessment—the development of Critical Care Pressure Ulcer Assessment Tool made Easy (CALCULATE). *Nursing in critical care*, 20(6), 308-314.

Richardson, A., & Straughan, C. (2015). Part 2: pressure ulcer assessment: implementation and revision of CALCULATE. *Nursing in Critical Care*, 20(6), 315-321.

Šáteková, L., & Žiaková, K. (2014). Validity of pressure ulcer risk assessment scales: review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 5(2), 85-92.

Seong-Hi, P. A. R. K., & Lee, H. S. (2016). Assessing predictive validity of pressure ulcer risk scales—a systematic review and meta-analysis. *Iranian journal of public health*, 45(2), 122.

Seongsook, R. J., Ihnsook, R. J., & Younghee, R. L. (2004). Validity of pressure ulcer risk assessment scales; Cubbin and Jackson, Braden, and Douglas scale. *International journal of nursing studies*, 41(2), 199-204.

VanGilder, M. C., Amlung, S., Harrison, P., & Meyer, S. (2009). Results of the 2008–2009 International Pressure Ulcer Prevalence™ Survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. *Ostomy Wound Manag*, 55, 39-45.

Wei, M., Wu, L., Chen, Y., Fu, Q., Chen, W., & Yang, D. (2020). Predictive validity of the braden scale for pressure ulcer risk in critical care: A meta-analysis. *Nursing in critical care*, 25(3), 165-170.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Tabela de Evidências

	<i>Artigo nº1 - Comparing the Braden and Jackson/Cubbin pressure injury risk scales in trauma-surgery ICU patients.</i>	<i>Artigo nº4 - Pressure injury risk assessment in intensive care units: Comparison of the reliability and predictive validity of the Braden and Jackson/Cubbin scales.</i>
Autores	Jacob Higgins, Sherri Casey, Erin Taylor, Riley Wilson, Paula Halcomb.	Seyma Adibelli, Fatos Korkmaz.
Ano	2020	2019
Objetivos	Comparar as propriedades preditivas da Escala de Braden e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes com trauma cirúrgico, em unidades de cuidados intensivos.	Comparar a fiabilidade e validade preditiva da escala de avaliação do risco de Úlcera por pressão de Braden e da Escala revista de Cubbin & Jackson, em doentes internados em unidades de cuidados intensivos.
Desenho	Uma revisão retrospectiva dos registos médicos.	Um estudo prospetivo e transversal, realizado entre novembro de 2017 e abril de 2018 nas unidades de cuidados intensivos de nível III de um hospital universitário.
Metodologia	<p>Amostra: Foram avaliados os doentes internados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016 que cumpriam os critérios de inclusão. Durante o período de estudo, houve um total de 366 doentes com trauma cirúrgico internados num grande centro de trauma académico e de nível I. Dos quais 181 desenvolveram uma úlcera por pressão documentada durante o internamento. Como a maioria dos doentes internados não desenvolvem úlceras por pressão, foi retirada uma amostra aleatória de tamanho semelhante, dos doentes que não desenvolveram uma úlcera por pressão para comparação como grupo controlo (n = 185).</p> <p>Crítérios de inclusão: idade \geq 18 anos; admissão numa UCI de trauma cirúrgico; e, tempo de internamento de pelo menos 72 horas.</p> <p>Crítérios de exclusão: O único critério de exclusão foi a existência de úlcera por pressão no momento da admissão em internamento.</p> <p>Instrumentos de recolha de dados: Os dados foram colhidos pelo Centro de estudos da instituição para Investigação de Serviços de Saúde e foram recolhidos do</p>	<p>Amostra: No total, foram contactados 483 doentes da UCI durante o período de estudo. Dos doentes contactados, 307 não foram incluídos no estudo, uma vez que 6 tinham menos de 18 anos, 7 foram hospitalizados por um período $<$24 horas, 88 já apresentavam úlcera por pressão à entrada e 206 não aceitaram participar no estudo. O tamanho final da amostra foi de 176 doentes internados em três unidades de cuidados intensivos (medicina geral, cirurgia geral e neurocirurgia).</p> <p>Crítérios de inclusão: 18 anos ou mais; sem úlcera por pressão evidente no momento da admissão na UCI; e, duração de internamento superior a 24 horas na UCI.</p> <p>Crítérios de exclusão: a presença de uma úlcera por pressão na admissão.</p> <p>Instrumentos de recolha de dados: Os dados dos doentes foram recolhidos através de um formulário e foi realizado o preenchimento da Escala de Braden e da Escala revista de Cubbin & Jackson. O formulário consistia nas características sociodemográficas dos doentes, tais como sexo, idade, altura, peso, índice de massa corporal (IMC), diagnóstico de admissão, doenças crónicas (comorbilidades) e nível de consciência de acordo com a Escala de Coma de Glasgow. Ademais, considerava os níveis de hemoglobina, leucócitos, albumina, proteína total,</p>

	<p>prazo de 72 a 96 horas após a admissão na UCI. Os dados das primeiras 72 horas de internamento em UCI foram excluídos para excluir úlceras por pressão que possam ter estado presentes na admissão e para obter uma amostra homogênea de doentes. Um ponto de corte de 16 na Escala de Braden tem sido historicamente considerado para determinar o risco, no entanto, na instituição de estudo uma pontuação mais conservadora de 18 ou menos foi considerada como indicativa de alto risco. O ponto de corte para o alto risco da Escala revista de Cubbin & Jackson foi estabelecido como 29. No entanto, no estudo da instituição, um ponto de corte mais conservador de 35 foi usado para indicar o risco.</p> <p>Procedimento de análise de dados: Foram calculadas estatísticas descritivas, incluindo a média e a frequência para toda a amostra de 366 doentes. Foram comparadas as variáveis demográficas e clínicas entre os dois grupos (com e sem úlcera por pressão) utilizando o teste T para amostras independentes e o teste exato de Fisher, dependendo da distribuição dos dados e do nível de medição de cada variável. Para além disso, foram calculadas as propriedades preditivas de cada escala: a sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo negativo, o valor preditivo positivo e curva de ROC com a área sob a curva (AUC). Foram efetuadas comparações qualitativas da área sob a curva, com o maior valor a indicar superioridade qualitativa em termos de discernimento do risco. Todos os dados foram analisados utilizando estatísticas IBM SPSS para windows, versão 24.0.</p>	<p>valor de glicemia em jejum, o uso de vasopressores, sedativos e corticóides. Neste estudo, foi utilizada uma versão turca validada da Escala de Braden, cuja pontuação de corte foi de 16 (para os doentes considerados em risco para desenvolver UPP). A pontuação de corte para a Escala revista de Cubbin & Jackson foi de 29. Durante o estudo, a avaliação do risco de UPP foi realizada sempre pelo mesmo investigador, uma vez por dia com a Escala de Braden, seguida imediatamente da Escala revista de Cubbin & Jackson. A avaliação do risco terminava no dia do desenvolvimento de uma úlcera por pressão ou após a alta do doente da unidade.</p> <p>Procedimento de análise de dados: As características sociodemográficas e clínicas dos doentes e a incidência de UPP foram resumidas com recurso a estatísticas descritivas. Foram utilizadas frequências para variáveis categóricas; as variáveis quantitativas não foram normalmente distribuídas, pelo que as medianas foram utilizadas como estatísticas descritivas. De acordo com o Índice de Youden, a validade preditiva das escalas foi calculada pela sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. A curva característica de funcionamento do recetor (ROC) foi gerada e a área sob a curva (AUC) foi reportada. Como medida de fiabilidade, a consistência interna das escalas foi calculada. Para a consistência interna, o coeficiente de correlação de Spearman entre os itens da escala e as pontuações totais, bem como o coeficiente alfa do Cronbach, foram calculados.</p> <p>Para avaliar os fatores de risco que afetam a Escala de Braden, as pontuações totais foram avaliadas com múltiplas análises lineares de regressão e um modelo passo a passo. Como os fatores de risco incluídos na análise de regressão faziam parte da Escala revista de Cubbin & Jackson, a escala foi excluída da análise da regressão. Um valor de $p < .05$ foi considerado estatisticamente significativo. Os dados foram analisados utilizando as estatísticas do IBM SPSS para a versão 23.0 do Windows.</p>
Resultados	<p>Os participantes que desenvolveram úlceras por pressão eram mais velhos, com necessidade de vasopressores, de ventilação mecânica e com menos mobilidade. Para a Escala de Braden, o valor preditivo negativo, o valor preditivo positivo, a sensibilidade e a especificidade foram de 78%, 53%, 17% e 95%, respetivamente;</p>	<p>O coeficiente alfa de Cronbach da Escala revista de Cubbin & Jackson e da Escala de Braden foi de 0.78 e 0.85, respetivamente. A validade preditiva da Escala revista de Cubbin & Jackson foi confirmada pela sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo, que foram de 83.3, 86.1, 48.8 e 97.0, respetivamente, enquanto os valores da</p>

	<p>para a Escala revista de Cubbin & Jackson, o valor preditivo negativo, o valor preditivo positivo, a sensibilidade e a especificidade foram de 87%, 66%, 54% e 92%, respetivamente. No que concerne à área sob a curva, para a Escala de Braden foi de 0.710 e para a Escala revista de Cubbin & Jackson foi de 0.793, indicando que qualitativamente a Escala revista de Cubbin & Jackson foi superior na discriminação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão em doentes trauma cirúrgicos que requerem cuidados intensivos.</p>	<p>Escala de Braden foram de 95.8, 63.1, 29.1 e 99.0, respetivamente. A área sob as curvas ROC da Escala revista de Cubbin & Jackson foi de 0.86 e a Escala de Braden foi de 0.86.</p>
Conclusões e implicações clínicas	<p>A Escala revista de Cubbin & Jackson demonstrou propriedades preditivas superiores e maior discriminação em comparação com a Escala de Braden para a previsão do risco de úlcera por pressão em doentes críticos com trauma cirúrgico. A sua utilização é, portanto, recomendada para esta população em cuidados intensivos, embora se justifique uma investigação adicional para replicar a aceitabilidade das suas qualidades preditivas.</p>	<p>Ambas as escalas são fiáveis e válidas para a avaliação do risco de UPP em doentes em UCI. No entanto, a capacidade preditiva de determinar os doentes com risco e os doentes sem risco de desenvolver úlcera de pressão foi melhor com a Escala revista de Cubbin & Jackson do que com a Escala de Braden, de acordo com a sua sensibilidade geral e valores de especificidade. A capacidade discriminatória da Escala revista de Cubbin & Jackson (entre os doentes com risco de desenvolver úlcera de pressão e sem risco) foi melhor.</p> <p>Fatores como falência renal crónica, edema, sedativos e medicação vasopressora afetaram a pontuação total da Escala de Braden. Ou seja, para além dos parâmetros de risco avaliados pela escala, outros fatores do doente podem aumentar o risco de UPP. Desta forma, é necessário que os enfermeiros da UCI tenham em consideração estes fatores aquando da avaliação dos doentes com a Escala de Braden. Na UCI, o instrumento de avaliação de risco de UPP mais usada é a Escala de Braden. Esta avalia os principais fatores de risco, mas não todos os que podem causar UPP em doentes na UCI. Já a Escala revista de Cubbin & Jackson foi especificamente desenvolvida para avaliar o risco de UPP em doentes em UCI. Integra tanto os fatores gerais de risco como os fatores de risco específicos encontrados em doentes em UCI.</p>
Limitações	<p>Este estudo apresenta várias limitações. Primeiro, envolveu uma recolha retrospectiva de dados, sendo que poderá ter influenciado, em particular, a forma como foi usada a pontuação da Escala de Braden; no entanto, outros estudos, com recurso a dados históricos produziram resultados</p>	<p>A avaliação do risco de desenvolvimento de UPP dos doentes foi avaliada com a Escala de Braden pelos enfermeiros e, conseqüentemente, foram implementadas as intervenções preventivas em conformidade. Estas intervenções preventivas foram provavelmente baseadas na Escala de Braden e</p>

	<p>semelhantes (Kim, Choi, Lee & Kim, 2013). Numa tentativa de atenuar este viés optaram pela pior pontuação documentada pela Escala de Braden para respetiva análise. Não obstante, para determinar de forma mais precisa a escala mais adequada, é necessário um estudo prospetivo e comparativo de ambas as escalas. Outra limitação prendeu-se com o prazo dos dados recolhidos. Os dados foram analisados entre as 72 e 96 horas após a admissão na UCI, porém, algumas evidências sugerem que a úlcera por pressão pode ocorrer dentro das primeiras 24 a 72 horas após a admissão (Black, Brindle & Honaker, 2016; Gefen, 2008; Stekelenburg, Gawlitta, Bader & Oomens, 2008). A estratégia de amostragem também pode ter constituído uma limitação. Não foram usadas estimativas, nem combinados casos-controlos, sugerindo para investigações futuras medidas de gravidade da doença, como por exemplo, a APACHE II ou SOFA, com o intuito de assegurar uma amostra homogénea e comparável. De referir que a investigação foi realizada num único local, reduzindo a possibilidade de generalização das conclusões.</p>	<p>podem ter influenciado a descrição da incidência de UPP.</p>
País	Região Sudeste dos Estados Unidos.	Ankara, Turquia.

	<i>Artigo nº2 - Validation of two pressure ulcer risk assessment scales among Chinese ICU patients.</i>	<i>Artigo nº3 - Predictive validity of the Cubbin-Jackson and Braden skin risk tools in critical care patients: a multisite project.</i>
Autores	Ming Liu, Weiju Chen, Qiuying Liao, Qin Gu, Meihua Hsu, Angela Poon.	Jill M. Delawder, Samantha L. Leontie, Ralitsa S. Maduro, Merri K. Morgan, Kathie S. Zimbro.
Ano	2013	2021
Objetivos	Comparar e validar as escalas de avaliação de risco de úlcera por pressão de Braden e Cubbin & Jackson em doentes chineses internados em UCI.	2 objetivos específicos: (1) avaliar a validade da Escala Cubbin & Jackson para doentes internados em unidades de cuidados intensivos e (2) comparar a validade preditiva da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala de Braden para os mesmos doentes durante o seu internamento em UCI.
Desenho	Projeto de pesquisa longitudinal.	Projeto-piloto observacional. Os dados introduzidos no sistema de registo de saúde eletrónico durante o internamento do doente foram resumidos retrospectivamente e fornecidos à equipa do projeto para análise.
Metodologia	<p>Amostra: 139 doentes em UCI (74 doentes do sexo masculino e 65 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 100 anos, apresentando uma idade média de 56.82 (SD=20,83).</p> <p>Crítérios de inclusão: Doentes com idade ≥ 18 anos; Sem presença de qualquer grau de úlcera por pressão durante a admissão; Hospitalizado em UCI por um período superior a 48 horas. Todos os doentes receberam as mesmas intervenções de enfermagem, no que concerne à prevenção da úlcera por pressão, como por exemplo, o uso de almofada de gel, a execução de massagem e os posicionamentos de duas em duas horas.</p> <p>Crítérios de exclusão: Idade inferior a 18 anos; Presença de úlcera por pressão na admissão; Período de internamento inferior a 48 horas.</p> <p>Instrumentos de recolha de dados: A equipa de investigação recebeu cerca de 2 horas de formação sobre como aplicar as escalas de avaliação do risco de úlcera por pressão e as considerações éticas relevantes. As escalas eram avaliadas e registadas todos os turnos.</p>	<p>Amostra: Amostra de 4137 doentes selecionada por conveniência, admitidos em 5 das 12 UCI incluídas dentro de um sistema de cuidados de saúde nos Estados Unidos - 1 hospital comunitário rural, 1 hospital suburbano e 3 hospitais urbanos.</p> <p>Crítérios de inclusão: Registos de doentes com mais de 18 anos.</p> <p>Crítérios de exclusão: Doentes com idade igual ou inferior a 18 anos.</p> <p>Instrumentos de recolha de dados: As enfermeiras das UCI completaram as Escalas de Braden e Cubbin & Jackson no mesmo doente a cada 12 horas, de outubro de 2017 a março de 2018. Para evitar o erro, a enfermeira que iniciava o turno completava a Escala de Braden, enquanto a enfermeira de saída completava a Escala Cubbin & Jackson. As avaliações eram concluídas com uma diferença de 61 minutos entre si, controlando assim as alterações na condição do doente, que podiam afetar a integridade da pele. No presente estudo, a pontuação de corte usada na Escala Cubbin & Jackson foi de 35. A pontuação de corte da Escala de Braden foi de 18. O resultado do projeto incluiu qualquer alteração na integridade da pele, que foi codificada como 1 para indicar com alteração e 0 para indicar sem alteração.</p> <p>Procedimento de análise de dados: As correlações bivariadas e o teste exato de Fisher foram usados para</p>

	<p>Procedimento de análise de dados: Foram utilizadas estatísticas descritivas para descrever as características demográficas dos participantes e as úlceras por pressão. Foi realizado um teste T para verificar a homogeneidade do grupo com desenvolvimento de úlcera por pressão e do grupo sem desenvolvimento de úlceras por pressão. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo foram obtidos para confirmar a validade da escala. A área sob a curva (AUC) do método de funcionamento do recetor (ROC) foi utilizada para avaliar a validade global das escalas.</p>	<p>verificar as associações entre as pontuações de avaliação da Escala de Braden e Cubbin & Jackson, das categorias de alto risco de cada escala e o resultado binário. Para além disso, recorreram a regressões logísticas binárias para determinar a variação da variável dependente dicotómica pelas avaliações da Escala de Braden e Cubbin & Jackson. O valor preditivo positivo, o valor preditivo negativo, a sensibilidade e a especificidade basearam-se na tabela final de classificação de regressão. Por último, ajustaram as curvas características de funcionamento do recetor e reportaram as áreas sob a curva.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Onze doentes (7.91%) desenvolveram úlceras por pressão. Surgiram seis úlceras por pressão no sacro (54.5%), sendo duas de categoria I e quatro de categoria II; três na região escapular (27.3%), de categoria I; e, duas no calcâneo (18.2%), de categoria I.</p> <p>A sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo e o valor preditivo negativo para a Escala de Braden foi de 91.7%, 63.0%, 19.0%, 98.8%, respetivamente, e, de 33.3%, 95.3%, 40.0%, 93.8% para a Escala de Cubbin & Jackson. A área sob a curva foi 0.155 para a Escala de Braden e 0.098 para a Escala de Cubbin & Jackson. O grupo que apresentou úlceras por pressão apresentava média de idade de 82.92±9.48 e o grupo sem úlceras por pressão com idade média de 54.35±19.91. Houve uma diferença significativa entre dois grupos em termos de idade (p=.000).</p>	<p>As pontuações da Escala Cubbin & Jackson e Braden foram significativas e positivamente correlacionadas (r = 0,80, P < .001). Ambas os instrumentos foram preditores significativos de alterações cutâneas e identificaram como "em risco" 100% dos doentes que tiveram uma mudança na integridade da pele. A especificidade foi de 18.4% para a Escala Cubbin & Jackson e de 27.9% para a Escala de Braden. A área sob a curva foi de 0.75 (P < 0.001) para a Escala Cubbin & Jackson e 0.76 (P < .001) para a Escala de Braden. Estes resultados mostram uma validade aceitável para ambas as escalas.</p>
<p>Conclusões e implicações clínicas</p>	<p>A Escala de Braden tem alta sensibilidade (91.7%) e alto valor preditivo negativo (98.8%), enquanto a Escala de Cubbin & Jackson tem alta especificidade (95.3%), melhor valor preditivo positivo (40.0%) e moderado valor preditivo negativo (93.8%). Este estudo tentou identificar um instrumento ideal, com alta especificidade e valor preditivo positivo quando as mesmas condições foram dadas. A este respeito, a Escala de Cubbin & Jackson demonstrou uma melhor especificidade e valor preditivo</p>	<p>Embora a Escala de Braden tenha sido aceite como um padrão de cuidados na população de doentes internados em cuidados intensivos, este estudo identificou a Escala de Cubbin & Jackson como uma alternativa comparável. As validades preditivas das Escalas de Cubbin & Jackson e Braden são semelhantes, mas ambas apresentam baixa especificidade e valor preditivo positivo. A mudança na prática pode não ser justificada, uma vez que não existem diferenças entre as duas escalas que ofereçam benefício prático para os enfermeiros. É recomendado que a investigação futura se concentre no</p>

	<p>positivo por ser uma escala modificada especificamente a partir da Escala Norton para o uso em UCI (Cubbin & Jackson, 1991). Quanto à validade global das escalas, avaliada pela área sob a curva, a Escala de Braden apresenta melhor validade geral do que a Escala de Cubbin & Jackson. Este resultado foi inconsistente com outros estudos, por exemplo, Seongsook, Ihnsook & Younghee (2004) relataram que a Escala Cubbin & Jackson mostrou melhor validade global em comparação com a Escala de Braden e a escala de Douglas. Kim et al. (2009) também ilustrou que a Escala de Cubbin & Jackson tinha uma maior validade preditiva positiva e especificidade quando comparada com a Escala de Waterlow e a Escala de Braden. Sendo que uma possível explicação para estes resultados poderiam ser as diferenças demográficas entre os estudos.</p>	<p>desenvolvimento de um novo instrumento mais adequado para o contexto de UCI.</p>
Limitações	<p>Poderá ter existido uma limitação, que consequentemente levou ao resultado inconsistente com outros estudos. A Escala de Braden era muito mais comumente usada do que a Escala Cubbin & Jackson na China Continental (Liu et al., 2012). Vários participantes neste estudo chegaram mesmo a referir que não estavam familiarizados com a Escala Cubbin & Jackson, pelo que consideraram difícil a sua aplicação na prática, particularmente no domínio do estado hemodinâmico e as necessidades de oxigénio.</p> <p>Outra possível limitação foi o tamanho da amostra. A amostra deste estudo foi pequena e, como mencionado anteriormente, as validades preditivas dos instrumentos de avaliação foram afetadas pelas características da população, pelo que a generalização dos resultados deve ser cautelosa.</p>	<p>Não foi avaliada a fiabilidade da Escala de Cubbin & Jackson e Escala de Braden. Apesar de ambas as avaliações terem sido feitas com um intervalo de 61 minutos, a Escala de Cubbin & Jackson foi realizada pela enfermeira que se encontrava a sair de turno, podendo estar mais familiarizada com o doente, enquanto a Escala de Braden foi realizada pela enfermeira que iniciava o turno e, desta forma, estar menos familiarizada com a história do doente. Acreditam, no entanto, que como a pontuação para ambas os instrumentos se baseia em critérios clínicos definidos pela mesma, a familiaridade com o doente não tenha afetado a pontuação de uma forma significativa. Também não foram avaliadas formalmente as perceções dos enfermeiros (por exemplo, o nível de dificuldade percebida) no preenchimento das Escalas Cubbin & Jackson e de Braden.</p>
País	China.	Estados Unidos da América.

**Apêndice II – Formação em contexto de Serviço
de Medicina Intensiva sobre a Avaliação do
risco de desenvolver Úlcera Por Pressão**

Plano de Formação

Tema – Avaliação do risco de desenvolver Úlcera por pressão através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI.

Data – 10/10/2022.

Local – Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Formador – Cindy Martins Pereira.

Grupo – Enfermeiros do SMI.

Tempo previsto – 15 minutos.

Objetivos pedagógicos – gerais e específicos

Comparar a avaliação do risco de desenvolver UPP através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI.

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recurso	Avaliação
Introdução	3 min.	<ul style="list-style-type: none">Objetivos da revisão da literatura.Apresentação da Escala revista de Cubbin & Jackson.	Expositiva.	PowerPoint.	_____
Desenvolvimento	9 min.	<ul style="list-style-type: none">Descrição dos quatro artigos;Descrição sumária da aplicação das escalas.	Expositiva participativa.	PowerPoint.	_____
Conclusão	3 min.	<ul style="list-style-type: none">Discussão;Principais conclusões.	Expositiva.	PowerPoint.	Colocação de questões.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

Avaliação do risco de desenvolver Úlcera por pressão através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI.

- Revisão da Literatura -

Trabalho realizado por:
Cindy Pereira.

Sob orientação de:
Profª. Doutora Irene Oliveira.

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Objetivos

• Objetivo geral

• Comparar a avaliação do risco de desenvolver UP através da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI.

• Objetivos específicos

- Selecionar e analisar a literatura pertinente sobre o tema;
- Identificar a escala com melhores resultados em UCI.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

out-22 2

Apresentação da Escala Revista de Cubbin & Jackson – Versão Portuguesa

		Pontuação
Idade	<=40	4
	40-55	3
	55-70	2
	>70	1
Peso	Normal	4
	Obesidade	3
	Caquexia	2
	Qualquer dos itens acima+ Edema/Anasarca	1
Antecedentes Pessoais	Nenhum	4
	Moderados	3
	Graves	2
	Muito Graves	1
Pele	Intacta	4
	Eritema (Potencial perda de continuidade)	3
	Abrasão/Escoriação (Superficial)	2
	Necrose/Exsudativa (Profundas)	1
Estado de Consciência	Acordado e Alerta	4
	Agitado/Inquieto/Confuso	3
	Sedado/Apático mas reativo	2
	Coma/Não responde/ Sedado e Curarizado	1
Mobilidade	Deambula com ajuda	4
	Muito Limitada/Levante para Cadeirão	3
	Imóvel mas tolera posicionamentos	2
	Não tolera posicionamentos/ Totalmente dependente/ Decúbito Ventral	1

(Sousa, 2013, pg. 108 e 109)

Estado Hemodinâmico	Estável sem suporte de inotrópicos	4
	Estável com suporte de inotrópicos	3
	Instável sem suporte de inotrópicos	2
	Instável com suporte de inotrópicos	1
Respiração	Espontânea	4
	CPAP/Tubo em T	3
	Ventilação Mecânica	2
	Exaustão Respiratória	1
Necessidades de Oxigênio	O ₂ >40%. Estável à mobilização.	4
	40%-O ₂ <60%. Estável à mobilização.	3
	40%-O ₂ <60%. Gasimetria estável. Dessatura à mobilização.	2
	>60% O ₂ Gasimetria instável. Dessatura em repouso.	1
Nutrição	Dieta completa	4
	Dieta Ligeira, Dieta Líquida, Nutrição Entérica	3
	Nutrição Parentérica	2
	Apenas Soroterapia	1
Incontinência	Contínente/Anúria/Cateter Vesical	4
	Urinária/ Sudorese Profusa	3
	Fecal/Diarreia ocasional	2
	Urinária e Fecal/Diarreia Prolongada	1
Higiene	Independente	4
	Semi- Dependente	3
	Muito Dependente	2
	Completamente Dependente	1

Alto Risco ≤29;

Baixo Risco ≥30.

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

Classificação dos Antecedentes Pessoais

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

(Sousa, 2013, pg. 108 e 109)

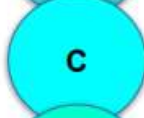
Questão de Pesquisa



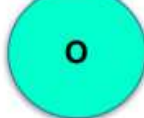
Doentes internados em UCI.



Intervencionados com um protocolo de aplicação da Escala de Braden.



Comparativamente com a aplicação da Escala de Cubbin & Jackson ou da Escala revista de Cubbin & Jackson.

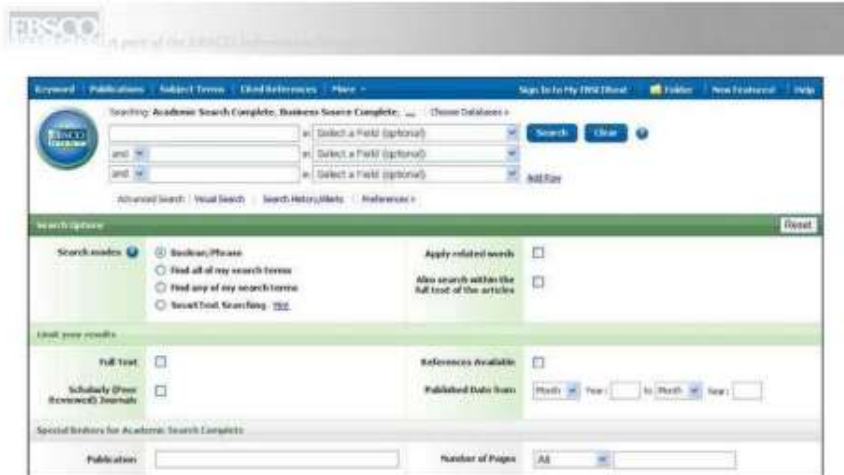


Qual a escala que se encontra mais indicada para o contexto de doentes em cuidados intensivos.

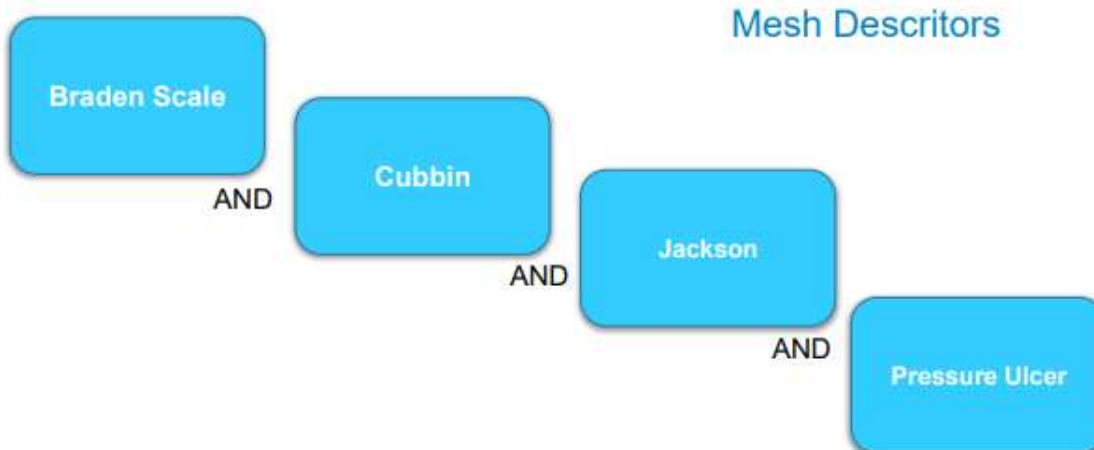
Quais as diferenças entre a aplicação da Escala de Braden, da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes internados em UCI, na avaliação do risco de desenvolver UP?

Base de Dados

EBSCO
Discovery Service™



Palavras-Chave/Descritores



Crítérios

• Crítérios de inclusão:

- Artigos que descrevessem uma comparação entre o uso da Escala de Braden e da Escala de Cubbin & Jackson ou da Escala revista de Jackson & Cubbin, em doentes internados em UCI;
- Artigos com texto integral e gratuito disponível;
- Artigos indexados na EBSCO Discovery Service desde 2012;
- Idiomas: português, inglês, espanhol.

• Crítérios de exclusão:

- Estudos que comparassem outras escalas, para além das referidas anteriormente;
- Revisões sistemáticas e cartas de editor.

Diagrama Prisma

PRISMA Flow Diagram

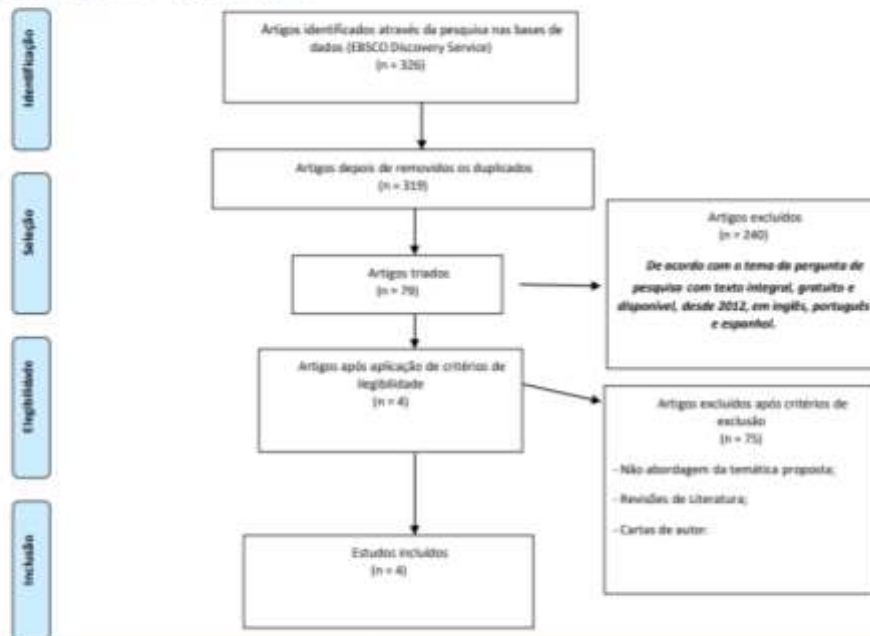


Tabela de Evidências

<u>Artigo nº1</u>	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. <i>Critical Care Nurse</i> , 40(6), 52-61.
<u>Objetivos</u>	Comparar as propriedades preditivas da Escala de Braden e da Escala revista de Cubbin & Jackson em doentes com trauma cirúrgico, em unidades de cuidados intensivos.
<u>Desenho</u>	Uma revisão retrospectiva dos registos médicos.
<u>Conclusões e implicações clínicas</u>	A Escala revista de Cubbin & Jackson demonstrou propriedades preditivas superiores e maior discriminação em comparação com a Escala de Braden para a previsão do risco de úlcera por pressão em doentes críticos com trauma cirúrgico.

Artigo nº2	Liu, M., Chen, W., Liao, Q., Gu, Q., Hsu, M., & Poon, A. (2013). Validation of two pressure ulcer risk assessment scales among Chinese ICU patients. <i>Revista de Enfermagem Referência</i> , 3(9), 145-159.
Objetivos	Comparar e validar as escalas de avaliação de risco de úlcera por pressão de Braden e Cubbin & Jackson em doentes chineses internados em UCI.
Desenho	Projeto de pesquisa longitudinal.
Conclusões e implicações clínicas	A Escala de Cubbin & Jackson demonstrou uma melhor especificidade e valor preditivo positivo por ser uma escala modificada especificamente a partir da Escala Norton para o uso em UCI. Quanto à validade global das escalas, a Escala de Braden apresenta melhor validade geral do que a Escala de Cubbin & Jackson.

Artigo nº3	Delawder, J. M., Leontie, S. L., Maduro, R. S., Morgan, M. K., & Zimbro, K. S. (2021). Predictive validity of the Cubbin-Jackson and Braden skin risk tools in critical care patients: a multisite project. <i>American Journal of Critical Care</i> , 30(2), 140-144.
Objetivos	(1) avaliar a validade da Escala de Cubbin & Jackson para doentes internados em unidades de cuidados intensivos e (2) comparar a validade preditiva da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala de Braden para os mesmos doentes durante o seu internamento em UCI.
Desenho	Projeto-piloto observacional. Os dados introduzidos no sistema de registos durante o internamento do doente foram resumidos retrospectivamente e fornecidos à equipa do projeto para análise.
Conclusões e implicações clínicas	Embora a Escala de Braden tenha sido aceite como um padrão de cuidados na população de doentes internados em cuidados intensivos, este estudo identificou a Escala de Cubbin & Jackson como uma alternativa comparável. As validades preditivas das Escalas de Cubbin & Jackson e Braden são semelhantes, mas ambas apresentam baixa especificidade e valor preditivo positivo.

Artigo nº4	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. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 28(23-24), 4595-4605.
Objetivos	Comparar a fiabilidade e validade preditiva da escala de avaliação do risco de Úlcera por pressão de Braden e da Escala revista de Cubbin & Jackson, em doentes internados em unidades de cuidados intensivos.
Desenho	Um estudo prospetivo e transversal.
Conclusões e implicações clínicas	Ambas as escalas são fiáveis e válidas para a avaliação do risco de UP em doentes em UCI. No entanto, a capacidade preditiva de determinar os doentes com alto risco e os doentes com baixo risco de desenvolver úlcera por pressão foi melhor com a Escala revista de Cubbin & Jackson. A capacidade discriminatória da Escala revista de Cubbin & Jackson foi melhor.

Discussão

Para além dos estudos abordados existem outros na literatura:

- Sousa (2013) refere que a **Escala Revista de Cubbin & Jackson** obteve **melhores valores preditivos** para a avaliação do risco de desenvolvimento de UP em UCI;
- A **Escala revista de Cubbin & Jackson** foi validada pela sua **sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e área sob a curva**, para utilização na população crítica em UCI por vários autores (Ahtiala, Soppi & Kivimäki, 2016; Boyle & Green, 2001; Garcia-Fernández, Pancorbo-Hidalgo & Agreda, 2014; Kim, Lee, Lee & Eom, 2009; Kim, Choi, Lee & Kim, 2013; Kosmidis & Koutsouki, 2008);
- Relativamente à **Escala de Braden**, Garcia-Fernández, Pancorbo Hidalgo & Agreda (2013), relataram que a Escala de Braden tem **maior validade** entre as escalas disponíveis, por exemplo entre a **Escala de Cubbin & Jackson**, a **Escala de Norton** e a **Escala de Waterlow**;
- Por outro lado, outros estudos relataram **limitações da Escala de Braden na avaliação do doente em UCI** (Cox, 2012; Gül et al., 2016) e, uma baixa validade preditiva na determinação do risco de UP na população em UCI (Cho & Noh, 2010; Hyun et al., 2013; Rio Lima Serrano, González-Méndez, Martín-Castaño, Alonso-Araujo, & Lima-Rodríguez, 2018).

De acordo com a análise dos quatro estudos:

O artigo nº 1 e nº 4 realizaram o estudo com recurso à Escala revista de Cubbin & Jackson.

- Escala recomendada para uma população de doentes críticos com trauma cirúrgico;
 - A Escala de Braden leva a uma sobrevalorização do risco;
 - A Escala revista de Cubbin & Jackson apresenta melhor capacidade preditiva e discriminatória.
- O artigo nº 2 e nº 3 usaram a Escala de Cubbin & Jackson.
- Escala de Braden com melhor validade geral → resultado inconsistente com outros estudos;
 - A validade preditiva da Escala de Cubbin & Jackson e da Escala de Braden são semelhantes, mas ambas apresentam baixa especificidade e valor preditivo positivo.



Os resultados mais positivos prenderam-se com a aplicação da Escala revista de Cubbin & Jackson, por apresentar melhor valor preditivo e discriminatório do alto e do baixo risco.

Dessa forma, a aplicação de intervenções em função do risco, reduz os custos, otimiza os recursos e permite atuar de forma efetiva sobre os doentes que efetivamente apresentam alto risco.

Sugestões



Existem ainda poucos estudos que descrevam de forma fiel e inequívoca a comparação entre a utilização de uma ou de outra escala.



É essencial a realização de mais estudos nesta área, tentando colmatar as limitações referidas nos estudos abordados.

Referências Bibliográficas

- 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), 52-61.
- Liu, M., Chen, W., Liao, Q., Gu, Q., Hsu, M., & Poon, A. (2013). Validation of two pressure ulcer risk assessment scales among Chinese ICU patients. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 145-159.
- Delawder, J. M., Leontie, S. L., Maduro, R. S., Morgan, M. K., & Zimbro, K. 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), 140-144.
- 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), 4595-4605.
- Sousa, B. (2013). Tradução, adaptação e validação para o português da Escala de Sunderland e da Escala de Cubbin & Jackson. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25, 106-114.

**Apêndice III – Avaliação da carga de trabalho
em Enfermagem em contexto de Serviço de
Medicina Intensiva**

Plano de Formação

Tema – Avaliação da carga de trabalho através do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) e do Nursing Activities Score (NAS).

Data – 21/10/2022.

Local – Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Formador – Cindy Martins Pereira.

Grupo – Enfermeiros do SMI.

Tempo previsto – 17 minutos.

Objetivos pedagógicos – gerais e específicos

Comparar a avaliação da carga de trabalho através do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) e do Nursing Activities Score (NAS).

- Identificar o instrumento mais adequado para a avaliação da carga de trabalho em UCI, analisando as respetivas vantagens e desvantagens.

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recurso	Avaliação
Introdução	3 min.	<ul style="list-style-type: none">• Objetivos do trabalho;• Resenha Histórica.	Expositiva.	PowerPoint.	_____
Desenvolvimento	9 min.	<ul style="list-style-type: none">• Descrição dos instrumentos;• TISS-28 versus NAS;• O NAS na área da Enfermagem Oncológica.	Expositiva participativa.	PowerPoint.	_____
Conclusão	5 min.	<ul style="list-style-type: none">• Discussão;• Principais conclusões.	Expositiva participativa.	PowerPoint.	Colocação de questões.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO

Avaliação da carga de trabalho através do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) e do Nursing Activities Score (NAS)

Trabalho realizado por:
Cindy Pereira.

Sob orientação de:
Prof. Doutora Irene Oliveira.

Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Introdução

- ▶ Internacionalmente descrito, que a inadequação do número de enfermeiros leva a sobrecarga de trabalho, bem como a possíveis falhas nos cuidados.



- ▶ O aumento de um doente por enfermeiro, aumenta em 7% a probabilidade de mortalidade de doentes cirúrgicos, em 23% a probabilidade de insatisfação no trabalho e em 15% o risco de desenvolver Síndrome de Burnout (Magalhães et al., 2009).

Desta forma, são vários os serviços que recorrem ao uso de instrumentos de avaliação da carga de trabalho, como forma de dotar o serviço dos elementos necessários para a melhor execução dos cuidados de enfermagem.

Objetivos

▶ Objetivo geral

- ▶ Comparar a avaliação da carga de trabalho através do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) e do Nursing Activities Score (NAS).

▶ Objetivos específicos

- ▶ Analisar a literatura pertinente sobre o tema;
- ▶ Analisar as características dos instrumentos de avaliação da carga de trabalho em UCI, analisando as respetivas vantagens e desvantagens.

Resenha Histórica

▶ Índices de gravidade

- ▶ Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) e o Simplified Acute Physiologic Score (SAPS II).

▶ Índices para avaliação da carga de trabalho de enfermagem

- ▶ Métodos que avaliam as intervenções terapêuticas previamente selecionadas:

- ▶ TISS-28, o OMEGA e o Nine Equivalents of nursing Manpower use Score (NEMS);

- ▶ Métodos que permitem avaliar o tempo de execução dos cuidados de enfermagem:

- ▶ Project Research of Nursing (PRN) e o Time Oriented Score System (TOSS).

Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)



Descrito na literatura internacional como um dos primeiros métodos para medir a carga de trabalho de uma equipa de enfermagem em UCI (Nunes, 2000)



Também amplamente utilizado em Portugal, após a sua validação.

Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28)

- ▶ Criado em 1974. Atualizado em 1996 ➡ 28 itens.
- ▶ 7 categorias de intervenções terapêuticas, com um score total que pode variar entre 1 e 78.

- ▶ Atividades básicas;
- ▶ Suporte ventilatório;
- ▶ Cardiovascular;
- ▶ Renal;
- ▶ Neurológico;
- ▶ Metabólico;
- ▶ Intervenções específicas.

Descrito que um enfermeiro pode lidar com 46 pontos nas 24 horas. (Guccione, Morena, Pezzi & Iapichino, 2004).

(Miranda, de Rijk & Schaufeli, 1996).

TISS - 28

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	Pontuação
Atividades Básicas	
Monitorização padrão. Sinais Vitais horários, registros e cálculo regular do balanço hídrico	5
Laboratório. Investigações bioquímicas e microbiológicas	1
Medicação única. Endovenosa, intramuscular, subcutânea, oral / SNG	2
Medicações endovenosas múltiplas. Mais que uma droga.	3
Troca de curativos de rotina. Cuidado e prevenção de úlceras de decúbito / troca diária de curativo	1
Trocas frequentes de curativos. Troca frequente de curativo (pelo menos uma vez por turno de enfermagem) e/ou curados com feridas extensas	1
Cuidados com drenos. Todos (exceto SNG)	0
Suporte Ventilatório	
Ventilação mecânica. Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem PEEP. Com ou sem relaxantes musculares respiração espontânea com PEEP	5
Suporte ventilatório suplementar. Respiração espontânea através do tubo endotraqueal sem PEEP. O2 suplementar por qualquer método exceto aplicação de parâmetros de ventilação mecânica	2
Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou traqueostomia	1
Tratamento por melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia de inalação, aspiração endotraqueal	1
Suporte Cardiovascular	
Medicação vasoativa única. Qualquer droga vasoativa	3
Medicação vasoativa múltipla. Mais que uma droga vasoativa independente do tipo e dose	4
Reposição de grandes perdas volumina. Administração de volume >3l/m ² d, independente do tipo.	4
Cateter arterial periférico.	3
Monitorização do átrio esquerdo. Cateter de artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	6
Via venosa central	3
Resuscitação cardiopulmonar (PCR nas últimas 24 horas)	3

Suporte Renal	
Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	3
Medida quantitativa do débito urinário (ex : SVD).	2
Diurese ativa (ex : furosemida > 0,5 mg/Kg/dia)	3
Suporte Neurológico	
Medida de Pressão Intracraniana.	4
Suporte Metabólico	
Tratamento de acidose/alkalose metabólica complicada	4
Nutrição Parenteral Total endovenosa.	3
Nutrição enteral (ex. SNG) ou outra via como por ex: jejunosostomia.	2
Intervenções específicas	
Intervenção específica única na UTI. Intubação naso ou orotraqueal, introdução de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência nas últimas 24h, lavagem gástrica, não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições do paciente, tais como RX, ecografias, ECG, curativos, introdução de cateter venoso central.	3
Intervenções específicas múltiplas na UTI. Mais que uma conforme descritas acima.	5
Intervenções específicas fora da UTI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	5
TOTAL	

(Padilha et al., 2005).

Contudo...

- ▶ Não contempla uma série de atividades executadas pela equipa de enfermagem, como de índole assistencial, mas também as inerentes ao suporte familiar e relacionadas com questões administrativas.
- ▶ A execução das atividades expressas no TISS-28, demonstra que o enfermeiro despende apenas 43,3% do seu tempo e que 34,3% de outras atividades relacionadas com os cuidados à Pessoa em Situação Crítica não se encontram incluídas no TISS-28 (Bernardino, 2020 in Pinho 2020).

Nursing Activities Score (NAS)

- ▶ Macedo et al. (2016) procederam ao processo de adaptação e validação do Nursing Activities Score (NAS) para o contexto português, apresentando como principal conclusão o facto de se revelar um instrumento válido, que permite avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros com segurança.
- ▶ Inclui as atividades de enfermagem não relacionadas com a gravidade da doença, com base nas atividades autónomas e interdependentes de Enfermagem.
- ▶ 7 grandes categorias com um total de 23 itens, com scores que variam entre 1.2 e um máximo de 32. O score máximo que pode ser obtido é de 176.8%, representando o tempo despendido pelo enfermeiro por turno (Miranda, Nap, de Rijk, Schaufeli & Iapichino, 2003; Queijo & Padilha, 2009).

- ▶ Inclui atividades que estão ligadas ao suporte e aos cuidados com os familiares dos doentes, bem como tarefas administrativas e de gestão.
- ▶ Incluídas nestas tarefas administrativas e de gestão, devem contemplar-se as pesquisas, a aplicação de protocolos, os procedimentos de admissão e de alta, que interfiram nos cuidados ao doente (Dias, 2006, p. 69).
- ▶ Desta forma, é possível que o NAS englobe 80.8% das atividades de enfermagem, ultrapassando largamente a abrangência de 43.3% do TISS-28.

- ▶ Um score total e superior a 100%, demarca-se como um indicador da necessidade de pelo menos dois enfermeiros na prestação de cuidados de saúde a um determinado doente, por dia (Miranda, Nap, de Rijk, Schaufeli & Iapichino, 2003; Queijo & Padilha, 2009).
- ▶ Estudo de 2009, de Queijo & Padilha, revelam índices satisfatórios de confiabilidade, de validade de critério e de constructo e, conseqüentemente, sugerem que avalia de forma confiável e válida, a carga de trabalho de enfermagem em UCI.
- ▶ No que se refere à aplicação do NAS:
 - ▶ 1ª etapa – padronizar os diversos cuidados de enfermagem quanto ao tempo despendido na sua execução, de acordo com a realidade do serviço (Gonçalves & Padilha, 2005).
 - ▶ 2ª etapa - os enfermeiros devem ser treinados para aplicarem o NAS (Gonçalves & Padilha, 2005).



Escore de Atividades de Enfermagem

ATIVIDADES BÁSICAS	Pontuação
1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLES	
1a. Sinais vitais horários, cálculo e registro do balanço hídrico.	4,5
1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos.	12,1
1c. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.	19,6
2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS: bioquímicas e microbiológicas.	
	4,3
3. MEDICAÇÃO, exceto drogas vasoativas.	
	5,6
4. PROCEDIMENTOS DE HIGIENE	
4a. Realização de procedimentos de higiene tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex. isolamento), etc.	4,1
4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum plantão.	16,5
4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão.	20,0
5. CUIDADO COM DRENOS - Todos (exceto sonda gástrica)	
	1,8
6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente, transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe (ex. paciente imóvel, tração, posição prona).	
6a. Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas.	5,5
6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência.	12,4
6c. Realização do(s) procedimento(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência.	17,0

7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes permitem a equipe continuar com outras atividades de enfermagem (ex: a comunicação com o paciente durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando o paciente).

7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora em algum plantão, tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.	4,0
7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum plantão, tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem, familiares hostis).	32,0

8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS

8a. Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (ex. passagem de plantão, visitas clínicas).	4,2
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum plantão, tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.	23,2
8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais de tempo em algum plantão, tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	30,0

ATIVIDADES BÁSICAS	Pontuação
SUPORTE VENTILATÓRIO	
9. Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.	1,4
10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	1,8
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	4,4
SUPORTE CARDIOVASCULAR	
12. Medicação vasotiva independente do tipo e dose.	1,2
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos >31ml/dia, independente do tipo de fluido administrado.	2,5
14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	1,7
15. Reanimação cardiopulmonar nas últimas 24 horas (excluído soco precordial).	7,1
SUPORTE RENAL	
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	7,7
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. Sonda vesical de demora).	7,0

SUPORTE NEUROLÓGICO	
18. Medida da pressão intracraniana	1,6
SUPORTE METABÓLICO	
19. Tratamento da acidose/ alcalose metabólica complicada.	1,3
20. Hiperalimentação intravenosa.	2,8
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia).	1,3
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS	
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: Raio X, ecografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos.	2,8
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	1,9

Os sub-ítem dos itens 1, 4, 6, 7 e 8 são mutuamente exclusivos.

(Macedo et al., 2016)

TISS-28 versus NAS

INSTRUMENTO	TISS-28	NAS
VANTAGENS	<p>Fiável e de fácil utilização em UCI (Queijo, 2002);</p> <p>Estima a gravidade da doença, com algum valor prognóstico de mortalidade (Pinto & Pires, 2009);</p> <p>Pode determinar os custos fixos das UCI, estimando o custo de cada ponto do TISS (Pinto & Pires, 2009);</p> <p>4 grupos de doentes, definindo o grau de vigilância em UCI (Pinto & Pires, 2009).</p>	<p>Independente da gravidade da doença, assenta na duração real das atividades de enfermagem (Miranda et al., 2003);</p> <p>Independente da idade do doente (Bochembuzio, 2007);</p> <p>Validade com outros indicadores de saúde → o SAPS II, o TISS-28, Índice de Parsonnet (Dias, 2006) e com o Physiological Stability Index (PSI) (Bochembuzio, 2007);</p> <p>Categorias adicionadas com maior representatividade das atividades de enfermagem (Miranda et al., 2003);</p> <p>Sensibilidade de 80.8%, superando os 43.3% de abrangência do TISS-28 (Queijo & Padilha, 2009);</p> <p>Melhor gestão diária dos recursos humanos em UCI → melhor eficácia do planeamento, dos cuidados e dos custos (Miranda et al., 2003).</p>

TISS-28 versus NAS

INSTRUMENTO	TISS-28	NAS
DESVANTAGENS	<p>Exclui várias atividades não propriamente relacionadas com a gravidade da doença;</p> <p>34.3% de atividades não estão incluídas no TISS-28;</p> <p>Itens incluídos segundo uma hierarquia de complexidade → Não tem em conta o tempo necessário para a sua realização (Miranda et al., 2003).</p>	<p>Necessários registos sistemáticos dos cuidados de enfermagem → desmotiva os enfermeiros para a aplicação, pela sobrecarga de trabalho (Gonçalves & Padilha, 2005);</p> <p>Exige padronização do tempo que é gasto nas diferentes atividades de enfermagem (Gonçalves & Padilha, 2005);</p> <p>O enfermeiro deve ser treinado para a sua aplicação (Novelli et al., 2009).</p>

Adaptação do NAS para a área de Enfermagem Oncológica

- ▶ Castro & Popim (2018), adaptaram o NAS para a área de Enfermagem Oncológica.
- ▶ Ao instrumento original não foi alterada nem a estrutura nem a pontuação, tendo sido apenas adicionados contributos de conteúdo.
- ▶ Em resultado do alto grau de complexidade do doente oncológico, tipologia de doente predominante neste SMI, a adaptação do NAS permitirá avaliar a carga de trabalho de enfermagem na área oncológica com mais fiabilidade.

Basic Activities	Score	Concordance Level %
Monitoring and control		
- Vital time savings, calculation and regular recording of the water balance. <i>Patients are considered to be stable from a respiratory, neurological and hemodynamic point of view and perform routine checks. Vital signs of specific drugs that may be cardiotoxic or hypotensive, such as paclitaxel and etoposide, and in blood transfusions.</i>	4.5	100
- Presence at the bedside and observation or continuous activity for 2 hours or more in any shift for safety, severity or therapy reasons such as: non-invasive mechanical ventilation, weaning, restlessness, mental confusion, prone position, donation procedures of organs, preparation and administration of fluids or medication and aid in specific procedures. <i>It is considered a patient specifically receives antineoplastic antibiotic, pain evaluation, environment/comfort, anxiety, temperature control, cardiac monitoring, daily weight assessment, difficult venous access, administration of irritants or blister agents, which require direct supervision, salinization of catheters and follow-up of biopsies performed at the hospitalization unit.</i>	12.1	100
- Presence at the bedside and observation or continuous activity for 4 hours or more in any shift, for reasons of safety, severity, therapy, such as the examples above. <i>Patients are considered to be those need extravasation of antineoplastic antibiotics (blister agents), patients with hemodynamic instability or immediate and exacerbated effects of chemotherapy, transfusion reactions. Fatigue, peripheral neuropathy, hands and feet syndrome, anorexia, nausea/vomiting, anxiety and among others are adverse reactions of chemotherapy.</i>	19.6	85.7

Laboratory investigations	4.3	71.4
- biochemical and microbiological <i>Platelet counts, erythrocytes, leukocytes, neutrophils check and search for tumor markers in possible relapse/disease progression and collection (feces, urine, secretions and cultures).</i>		
Medication – except vasoactive drugs		
<i>Any type of drug, psychotropic, antineoplastic antibiotics, irritants and blisters, monoclonal antibody, antiemetics and opioids, except vasoactive drugs, antibiotics, antifungals, growth factors, interferon, chemotherapy installation regardless of frequency and amount or way of administration.</i>	5.6	100
Hygiene procedures		
- Carrying out hygiene procedures, such as: changing wound dressings, changing bedding, patient hygiene in special situations (incontinence, burns, secreted wounds, complex surgical dressings with irrigation) and special procedures isolation. <i>Patients are considered to be those with skin lesions (oncological or not) and/or surgical incision, intravenous catheters (short and long term), ostomy care (exchange of pouch, dressing and skin care), dressing change, emesis of implantable or semi-implantable or peripheral central catheter dressing, eg Port-a-Cath or Hickman, Broviac, Intracath and PICC.</i>	4.1	100
- Carrying out hygiene procedures that last more than 2 hours in any shift. <i>Patients are considered to be those present acute emesis and/or diarrhea with or without bleeding, contact precaution, droplets and aerosols.</i>	16.5	100
- Carrying out hygiene procedures that last more than 4 hours in any shift. <i>Patients are considered to be those present late emesis and/or diarrhea with or without bleeding.</i>	20.0	100
Care with drains – all of them (except gastrostomy tube)	1.8	100

Mobilization and positioning		
Including procedures such as: change of position, patient mobilization; transfer of the bed to the chair, mobilization of the patient with the team (e.g. immobile patient, traction, prone position).		
- Performing the procedure (s) up to 3 times by nursing professional within 24 hours. <i>Patients are considered to be those needs help to move, get out of bed, help in positioning to feed, etc.</i>	5.5	100
- Performing the procedure (s) more than 3 times or with 2 nursing professionals, at any frequency, within 24 hours. <i>Patients are considered to be those need mechanisms for positioning (ramp, bed sheet, restraint, bed transfer).</i>	12.4	100
- Performing the procedure (s) with 3 or more nursing professionals, at any frequency, within 24 hours. <i>Patients are considered to be those need mechanisms for positioning (ramp, sheet, restraint), who are under the effect of drugs of the sedative or opioid type, and who are obese, elderly and/or bedridden.</i>	17.0	100
Support and care for family and patients		
Including procedures such as phone calls, interviews and counseling. <i>Frequently, support and care, either to the family or to the patient, allow the team to continue with other nursing activities (e.g. communication with the patient during hygiene procedures and communication with relatives, while at the bedside observing the patient, clarification as to the procedures to be performed by the team, presentation of the unit, norms and routines to the patient and their relatives).</i>		
- Support and care for family members and patients who require exclusive dedication for about an hour on any shift, such as: explaining clinical conditions, coping with pain and distress, and coping with difficult family circumstances. <i>Patients and their families are considered as those present anxiety and/or doubts of the patient in the face of therapy or fear of death, as well as the expectations of their relatives regarding their treatment. Request psychological counseling or a Palliative Care team (when evaluated by the physician and requested by him, consisting of nurse, psychologist, physician, social worker and chaplain (to punctuate only the request).</i>	4.0	85.7
- Support and care for family members and patients require exclusive dedication for 3 hours or more in any shift, such as: death, difficult circumstances, such as large numbers of family members, communication failures, hostile family members. <i>Patients are considered to be those initiate treatment and receive guidance on the diagnosis, treatment and course of the disease, and in situations of extreme anxiety of the patient and family, in which a greater dedication and clarification is required. Nurses qualified in end-of-life care, communication of bad news.</i>	32.0	85.7

5. Administrative and managerial tasks		
- Performance of routine tasks, such as: processing clinical data, requesting exams, exchange of professional information (eg. shifts and clinical visits). <i>It is considered the application of the Nursing Process or protocols that last up to 1 hour in a continuous or fractional way. For Example: Sepsis Protocol.</i>	4.2	100
- Perform administrative and managerial tasks that require full dedication for about 2 hours on some shift, such as: research activities, protocol application and admission and discharge procedures. <i>Administrative procedures are considered to transfer the patient to another institution or institution, to report on occurrences, such as the management of extravasation and/or referral of specific tests, to meet the demand of the insurers - reports, justification of gloses, among other details.</i>	23.2	100
- Performance of administrative and managerial tasks that require full dedication for about 4 hours or more on any shift, such as: death and organ donation procedures and coordination with other disciplines. <i>It is considered the holding of multiprofessional clinical meetings, consensus meeting and monitoring of the Permanent Education activities of the team.</i>	30.0	100
Ventilatory support		
6. Ventilatory support - presence of any form of mechanical ventilation/assisted ventilation with or without positive end-expiratory pressure; with or without muscle relaxants, spontaneous breathing with or without positive end-expiratory pressure (se-CPAP or BiPAP), with or without endotracheal tube, supplemental oxygen, or any method.	1.4	100
7. Care with artificial air passages – endotracheal or tracheostomy tube. <i>Special care is provided for patients with lesions in the nasal and oral cavities and docketed care such as oral mucositis and dentists' request in general or in specific care, such as in bone marrow transplantation.</i>	1.8	100
8. Treatment to improve pulmonary function - physiotherapy, stimulated spirometry, inhalation therapy, endotracheal aspiration. <i>It is considered the accomplishment of the tracheal aspiration and request of accompaniment of physiotherapists (to punctuate the request).</i>	4.4	85.7

Cardiovascular Support		
12. Dosage-independent vasoactive medication. <i>Patient is considered to be those who receive chemotherapy drugs with allergenic potential and monoclonal antibodies (e.g. avastin, trastuzumab), installation and constant change of chemotherapeutic and administration of fluids for hydration, depending on the drug administered. Patients undergoing cardiotoxic drugs, such as Doxorubicin, Fluorouracil and Cyclophosphamide.</i>	1.2	71.4
13. Intravenous replacement of large fluid losses, fluid delivery > 3 l/m ² /day, regardless of the type of fluid administered. <i>Patients are to be considered those receive fluid replacement like the crystalloids, colloids, blood and blood derivatives routinely.</i>	2.5	100
14. Monitoring of the left atrium. Pulmonary artery catheter with or without cardiac output measurement.	1.7	100
15. Cardiorespiratory resuscitation in the last 24 hours, excluding precordial thump.	7.1	100
Renal Support		
16. Hemophiltration and dialytic techniques <i>It is considered the request of any dialysis modality: continuous peritoneal dialysis or intermittent peritoneal dialysis. In both cases of renal replacement therapy with any duration (the request being punctuated if not performed in the unit).</i>	7.7	100
17. Quantitative measure of oliguria. <i>Patients are considered to be undergo urinary volume control through spontaneous urination, long-term or short-term bladder catheter, diaper or sheet weight. Methotrexate, serious magnesium levels (e.g. asparaginase, vincristine and ifosfamide) and in case of nephrotoxic drugs (e.g. cisplatin and interleukin 2).</i>	7.0	85.7
Neurological Support		
18. Measurement of intracranial pressure. <i>Patients are considered to be those receive intrathecal chemotherapy and who had bleeding due to thrombocytopenia.</i>	1.6	85.7

Metabolic Support		
19. Treatment of acidosis/complicated metabolic alkalosis. <i>Patients are considered to be those are in metabolic emergencies, such as acute or chronic hypercalcemia, tumor lysis syndrome, hyperglycemia, septic shock and ascites.</i>	1.3	100
20. Intravenous hyperfeeding. <i>Patients are to be considered those receives parenteral nutrition.</i>	2.8	100
21. Enteral feeding through a gastric tube or other gastrointestinal tract (e.g. jejunostomy). <i>Patients are to be considered those with enteral diet.</i>	1.3	100
Special Interventions		
22. Specific interventions in the ICU: endotracheal intubation, pacemaker insertion, cardioversion, endoscopy, emergency surgery in the last 24-hour period, gastric lavage. Routine interventions without direct consequences for the clinical conditions of the patient, such as: x-rays, ultrasound, electrocardiogram, dressings or insertion of venous or arterial catheters, are not included. <i>It is considered a unit of nursing care and ICU the passage of nasogastric, vesical, probes, assistance to physicians in myelogram, thorocentesis, collection of liquor and intrathecal medication, PICC (central venous catheter for peripheral insertion), mammary biopsy, pericardiocentesis and Oncologic Emergencies (e.g superior vena cava syndrome, spinal cord compression, among others).</i>	2.8	71.4
23. Specific interventions outside the ICU: diagnostic or surgical procedures <i>Nursing care unit is considered if there is an ICU including units of Bone Marrow Transplant, Patient follow-up and transfer, examinations, treatments such as radiotherapy and intravenous catheter.</i>	1.9	100

(Castro & Popim, 2018)

Conclusão

- A aplicação dos instrumentos referentes neste trabalho, permite que os argumentos dos enfermeiros no que diz respeito às dotações seguras, passem a basear-se em fundamentação teórico-científica, deixando de lado a subjetividade, contribuindo para a justificação a nível superior de qual o número de enfermeiros adequado para determinado serviço (Souza, Lima, Castro Franco & Barçante, 2010).

O NAS, comparativamente ao TISS-28, consegue retratar melhor todo o trabalho efetuado pelos enfermeiros.

É um instrumento com sensibilidade, que permite inserir as dimensões mais subjetivas das atividades realizadas e associadas aos cuidados ao doente.

Avalia o tempo de duração real de cada atividade de enfermagem, aliada a fatores como o tempo de internamento, o tipo de admissão, a taxa de mortalidade, entre outros.

Instrumento fiável para uma gestão eficaz → permite apropriar o número de enfermeiros → redução de custos, deteta serviços com uma baixa lotação do número de enfermeiros, as suas respetivas particularidades no que concerne à PSC, bem como necessidades de cuidados.

- ▶ Contudo, existe uma forte necessidade de realizar mais estudos, para que cada vez mais e em cada vez mais UCI sejam aplicados instrumentos que permitam adequar os recursos humanos, facilitando consequentemente a aplicação dos mesmos instrumentos, não significando sobrecarga da equipa de enfermagem e possibilitando o respetivo seguimento dos dados obtidos nas diversas avaliações.

Em 2021...

- ▶ Surge um modelo que inclui as atividades do TISS e do NAS, denominado como Nurse Operation Workload (NOW).
- ▶ Este modelo vem superar os modelos já existentes no que se refere à avaliação da carga de trabalho de enfermagem, concomitantemente com a inclusão de um menor número de atividades e resultante redução dos registos (Margadant et al., 2021).
- ▶ A carga de trabalho de enfermagem avaliada com o NOW, permite uma visão do tempo real necessário para os cuidados do doente e Margadant et al. (2021) consideram que o mesmo representa 89% do tempo necessário para os cuidados de enfermagem à PSC, contra 43.3% pelo TISS e 59% pelo NAS.
- ▶ Portanto, considera-se como um instrumento com grandes potencialidades, sugerindo-se que o mesmo seja traduzido, validado para o contexto português e aplicado em diferentes contextos.

Referências Bibliográficas

- ▶ Bochembuzio, L. (2007). *Avaliação do instrumento Nursing Activities Score (NAS) em neonatologia* (Tese (Doutorado)). Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-23012008-134656/>
- ▶ Castro, M. C. N., & Popim, R. C. (2018). Adaptation of the Nursing Activities Score for oncologic care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2383-2391.
- ▶ Dias, M.C. (2006). Aplicação do Nursing Activities Score - N.A.S. - como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica.
- ▶ Gonçalves, L. A., & Padilha, K. G. (2005). Nursing Activities Score (NAS): proposta para aplicação prática em unidade de terapia intensiva. *Prat Hosp [Internet]*, 7(42), 195-9.
- ▶ Guccione, A., Morena, A., Pezzi, A., & Iapichino, G. (2004). I carichi di lavoro infermieristico [The assessment of nursing workload]. *Minerva anestesologica*, 70(5), 411-416.
- ▶ Macedo, A. P. M. D. C., Mendes, C. M. F. S., Candeias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 881-887.

- ▶ Magalhães, A. M. M. D., Riboldi, C. D. O., & Dall'Agnol, C. M. (2009). Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Revista brasileira de enfermagem*, 62, 608-612.
- ▶ Margadant, C. C., de Keizer, N. F., Hoogendoorn, M. E., Bosman, R. J., Spijkstra, J. J., & Brinkman, S. (2021). Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 103780.
- ▶ Miranda, D. R., de Rijk, A., & Schaufeli, W. (1996). Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items--results from a multicenter study. *Critical care medicine*, 24(1), 64-73.
- ▶ Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., & Members of the TISS Working Group. (2003). Nursing activities score. *Critical care medicine*, 31(2), 374-382.
- ▶ Novelli, M. C., Dell'Acqua, M. C. Q., Corrente, J. E., Zornoff, D. D. C. M., & Arantes, L. F. (2009). Aplicativo informatizado com o nursing activities score: instrumento para gerenciamento da assistência em unidade de terapia intensiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(3), 577-585.
- ▶ Nunes, B. (2000). Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade em UTITISS-28-Therapeutic Intervention Scoring System.



- ▶ Padilha, K. G., Sousa, R. M. C. D., Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. D. A. L. M. D., Vattimo, M. D. F. F., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M. D., Cruz, V. F. & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39, 229-233.
- ▶ Pinho, José António (coord.). 2020. *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.
- ▶ Pinto, T., & Pires, M. (2009). TISS-28 e a sua capacidade prognóstica. *Rev Port Med Int*, 16(2), 11-14.
- ▶ Queijo, A. F. (2002). Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS) (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- ▶ Queijo, A. F., & Padilha, K. G. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 1018-1025.
- ▶ Souza, A. D., Lima, C. G. G., Castro Franco, L. M., & Barçante, T. A. (2010). Instrumentos De Gestão Para Avaliação Da Carga De Trabalho Da Enfermagem Em Unidades De Terapia Intensiva. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 4(1).



Apêndice IV – Violência em contexto de Serviço de Urgência



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Violência em Contexto de Serviço de Urgência

Elaborado por: Cindy Pereira.

Universidade Católica Portuguesa

Escola de Enfermagem

Instituto de Ciências da Saúde - Porto

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Porto, novembro de 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Violência em Contexto de Serviço de Urgência

Elaborado por: Cindy Pereira.

Sob orientação de: Prof^ª. Doutora Irene Oliveira.

Universidade Católica Portuguesa

Escola de Enfermagem

Instituto de Ciências da Saúde - Porto

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico

Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Porto, novembro de 2022

Lista de Siglas

DGS – Direção-Geral de Saúde

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ICN - International Council of Nurses

PAPVSS - Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SU - Serviço de Urgência

UC- Unidade Curricular

Índice

1. Introdução.....	172
2. Caminho percorrido.....	174
3. Atualidade.....	175
4. Fatores preventivos.....	176
5. Fatores predisponentes.....	177
6. Tipos de Violência.....	178
7. Consequências da Violência.....	179
8. Trâmites legais a cumprir em situação de Violência.....	180
9. Conclusão.....	183
10. Referências Bibliográficas.....	184
11. Anexos.....	187
Anexo I – Fluxograma de Atuação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde.....	188
Anexo II – Fluxograma de Atuação em Situações de Violência no Setor da Saúde.....	190
Anexo III - SNS 24 - Serviço de Aconselhamento Psicológico.....	192
Anexo IV - Participação e Qualificação de Acidente.....	194
Anexo V - Boletim de Acompanhamento Médico.....	197
Anexo VI - Formulário Notifica.....	200
Anexo VII - Formulário de Denúncia de Crime.....	202

1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio Final e Relatório, inserido no segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola de Enfermagem – Porto da Universidade Católica Portuguesa, foi realizado o presente trabalho acerca da violência exercida pelos utentes e/ou acompanhante, sobre os profissionais de saúde em contexto de Serviço de Urgência (SU). Este trabalho surge como resposta a um processo avaliativo e em resultado do contacto com o contexto de estágio num SU Polivalente da zona norte do país. Foram verificados inúmeros fatores existentes neste serviço como contribuintes para o aumento deste fenómeno, quer pela sua estrutura, quer pela tipologia de doentes e pela gestão dos cuidados, entre outros. Deste modo, é importante que exista formação nesta área, que permita prevenir ou obter conhecimento de quais os procedimentos legais a ter em caso de um episódio de violência.

No Setor da Saúde, e de acordo com o preconizado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) a prestação de cuidados e a qualidade de vida para todos os intervenientes, é beneficiada aquando da existência de ambientes seguros e saudáveis, que promovam confiança (DGS, 2022). Existem dificuldades na definição de violência, no entanto, segundo Comeskey (2016), a violência contra os enfermeiros, pode demarcar-se como qualquer acontecimento cujo profissional sofra abuso, ameaça ou agressão em contexto relacionado com a atividade profissional e que comprometa implícita ou explicitamente a segurança, bem-estar ou saúde.

A violência gera consequências negativas para os profissionais de saúde vítimas da mesma (Martins, 2017), que podem ser imediatas e, por vezes, a longo prazo (Vitolo, 2011). Contribui ainda, para o aumento do descontentamento com o trabalho, para a baixa produtividade e menor qualidade dos cuidados (Martins, 2017). Segundo a DGS (2015), torna-se cada vez mais um problema de direitos humanos, pois cria desigualdade, discriminação, estigmatização, conflitos no local de trabalho, assim como afeta a dignidade do profissional. As consequências da violência podem ser físicas e/ou psicológicas, devendo o profissional de saúde obter os respetivos cuidados (DGS, 2015). Psicologicamente, a longo prazo, o profissional pode apresentar insegurança no trabalho, mudar a sua postura com a restante equipa, sentir-se incompetente e apreensivo no relacionamento com os seres hierárquicos superiores (DGS, 2015).

Porém, uma das maiores dificuldades para que se desenvolvam estratégias que permitam a prevenção da violência, bem como a sua gestão, depara-se com uma subnotificação destes episódios em contexto de trabalho (International Council of Nurses, ICN, 2017). Possíveis razões como a ausência de lesões físicas visíveis, o pequeno ou nenhum apoio dos gestores da equipa e/ou o medo do seu tratamento mudar perante a equipa, podem justificar este facto (ICN, 2017). Para que se propiciem ambientes de trabalho seguros, os líderes e gestores dos cuidados de saúde devem incentivar os profissionais de saúde a notificar a agressão, mesmo que não tenha levado a ferimentos visíveis (Copeland & Henry, 2017). Os mesmos autores, procederam a um estudo onde concluem que parte dos profissionais apenas notificam o episódio em registos de enfermagem informáticos, não sendo os mesmos extraídos para dados de prevalência e/ou incidência.

Existindo episódios de violência no contexto de estágio referido, surge o presente trabalho, que se destina aos enfermeiros adstritos ao mesmo, como um instrumento de consulta. Apresenta como principais objetivos, retratar os fatores preventivos, explorar as consequências de uma situação de violência, bem como identificar os fatores que podem predispor o mesmo. E, ainda, após o relato de uma enfermeira vítima de violência no SU em causa, cujo apoio não foi sentido tão veemente, propõe-se ainda com este documento, que o mesmo descreva os trâmites a seguir em caso de violência e possa servir de instrumento de apoio num momento de profunda vulnerabilidade.

Desta forma e numa primeira fase, o documento foi dividido de maneira a descrever qual o caminho já percorrido acerca do tema, qual o caminho existente atualmente, quais os fatores preventivos e predisponentes, os tipos de violência, assim como as respetivas consequências. Por último, e mais direcionado para o SU já mencionado, dadas as dificuldades sentidas pela equipa aquando de uma situação de violência, são descritos os trâmites legais a cumprir. Em anexo encontram-se documentos uteis de apoio na prevenção da violência no setor da saúde e todos os documentos e formulários necessários para atuação em situações de violência no setor da saúde.

A norma de referenciação bibliográfica adotada foi baseada no manual da *American Psychological Association*.

2. Caminho percorrido

A violência tem-se demarcado como um problema mundial, estimando-se que exista pelo menos um episódio de violência física ou psicológica por ano em cerca de 50% dos profissionais de saúde (Schat, Frone & Kelloway, 2006). Desta forma, a DGS (2006) publicou a Circular Informativa "Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais", onde propõe uma abordagem que leve à prevenção e resolução deste problema. Posteriormente, foi criado o Observatório Nacional da Violência contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (ONVCPSLT), que aporta de novo uma estratégia de registo anónimo das situações de violência sofridas pelos profissionais (DGS, 2006).

Já o "Sistema Nacional de Notificação de Incidentes" (Notifica), foi criado pela DGS, em 2014, através da Norma nº 015/2014, que incluía neste sistema os dados do anterior Observatório. Em 2016, as notificações de violência foram monitorizadas pela DGS através do Notifica, segundo as orientações da Organização Mundial de Saúde. No que se refere ao número de notificações nos últimos anos, tem existido um crescimento no seu registo, devendo-se em parte ao aumento da formação dos profissionais de saúde, existindo 825 notificações em 2020, 961 em 2021 e 1.347 até 31 de outubro de 2022, no entanto, estes dados podem não representar totalmente a realidade, pois as notificações apresentam carácter voluntário (DGS, 2022). Dos episódios de agressão registados nos primeiros dez meses de 2022, 32% corresponderam a médicos, 31% a enfermeiros e 29% a assistentes técnicos (DGS, 2022). No que se refere ao tipo de violência sofrida neste período, 67% correspondeu a violência psicológica, 14% ao assédio e 13% a violência física (DGS, 2022). Referente ao primeiro semestre de 2022, foram denunciadas criminalmente 75 situações, 102 profissionais obtiveram seguimento em apoio jurídico e 370 receberam apoio psicológico (DGS, 2022).

Encontra-se também estabelecido no Código do Trabalho, que existe o dever do empregador em criar boas condições de trabalho, quer ao nível físico, quer moral, incluindo dessa forma a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e da organização de Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho, de acordo com a Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro.

Para além disto, outros projetos foram ao longo do tempo aportando conteúdos de extrema relevância acerca da temática, como as "Orientações para a prevenção e gestão da violência em contexto de prestação de cuidados de saúde", da Administração Regional de Saúde de Lisboa e

Vale do Tejo (2018), os contributos do Gabinete de Segurança para a Prevenção e o Combate à Violência contra os Profissionais de Saúde (Gabinete de Segurança), o Programa Nacional de Saúde Ocupacional, o Programa Nacional de Saúde Mental, a Direção-Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas (INA), os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, as Administrações Regionais de Saúde e a Ordem dos Psicólogos Portugueses (DGS, 2022).

3. Atualidade

Assumido como um problema a nível nacional e internacional, foi aprovado o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS) em Resolução do Conselho de Ministros (n.º 1/2022, de 5 de janeiro). O PAPVSS encontra-se inserido no Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida e procura prevenir episódios de violência, realizar uma correta abordagem aos mesmos, apoiar as vítimas, amenizando as consequências da violência (DGS, 2022). São 5 os grandes eixos que estruturam o PAPVSS: o Observatório para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, a Cultura Organizacional, a Comunicação, a Segurança e a Ética, que se desenvolvem através de medidas a nível nacional, regional, institucional e local (DGS, 2022).

Para a concretização da Implementação do PAPVSS têm sido tomadas medidas como por exemplo, o reforço na avaliação dos riscos e implementação de medidas de segurança em locais descritos como de maior risco, a disponibilização de apoio jurídico, clínico e psicossocial pelas ARS e Hospitais às vítimas de violência no local de trabalho, bem como a implementação de um Serviço de Aconselhamento Psicológico no SNS24, através do contato 808242424, realizado por psicólogos experientes e com formação na área clínica e de situações de crise (DGS, 2022). A plataforma de comunicação e interação com os profissionais e os cidadãos denomina-se por Observatório para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde. Apresenta-se como o local com toda a documentação com importância acerca do tema. Este deverá identificar, notificar e analisar os casos de violência (DGS, 2022).

Ambientes seguros no Setor da Saúde através da gestão das relações interpessoais, estruturas, organização do trabalho, equipamentos e circuitos, assim como a formação de todos os profissionais de saúde, promovem o bem-estar e a prevenção da violência (DGS, 2022). Uma Cultura Organizacional adaptada e uma comunicação que envolva toda a sociedade, apostando na sua literacia, promove um caminho de prevenção à violência (DGS, 2022). Ademais, pretende-se promover boas práticas, através da responsabilização e da reabilitação das pessoas

agressoras (DGS, 2022). Segundo a DGS (2022), estas medidas que pretendem a prevenção da violência, a abordagem adequada e o apoio às vítimas, bem como a mitigação das consequências da violência no Setor da Saúde, têm de estar implementadas até dezembro de 2022, sendo monitorizadas a partir dessa data.

4. Fatores Preventivos

As condições de vida e de saúde, a acessibilidade, o atendimento e o encaminhamento nos cuidados de saúde, a fadiga e exaustão, os sentimentos de frustração e sofrimento emocional vivido por aqueles que se encontram doentes ou por quem presta os cuidados, podem determinar episódios de violência (DGS, 2022). Portanto, num contexto de qualidade, onde se gera confiança e justiça, com melhores condições de trabalho, existe uma diminuição da violência (DGS, 2022).

Imprescindível para que se previnam os episódios de violência, engloba-se a literacia promovendo uma cultura de não-violência, a comunicação e o envolvimento da comunidade (DGS, 2022). Portanto, é importante que se analisem as reclamações dos utentes acerca da organização e da prestação de cuidados e que se implementem as mudanças necessárias (DGS, 2022). Deve ser divulgada a Carta de Direitos e Deveres dos Doentes, assim como permitir que os mesmos integrem a Associação de Utes, Associação de Moradores, Juntas de Freguesia e outras entidades relevantes da comunidade, e do Conselho da Comunidade, envolvendo-se em ações preventivas e contribuindo para a análise e discussão das situações de violência (DGS, 2022).

A formação dos vários grupos profissionais acerca da violência, garantida por uma formação prévia dos gestores, dirigentes e elementos dos grupos coordenadores e de intervenção é essencial (DGS, 2022). Inicialmente a formação sobre questões éticas, laborais e jurídicas, de comunicação, de avaliação do risco de violência, de resolução de conflitos, de acompanhamento de situações, deve dirigir-se ao Grupo Operativo Regional (GOR), Grupo Operador Institucional (GOI) e outros grupos profissionais dos Hospitais e ACES, a realizar pela ARS (DGS, 2022). De seguida, os vários profissionais deverão receber formação sobre estilos de comunicação e de relacionamento interpessoal, sobre gestão de conflitos e regras de atendimento (DGS, 2022). Desenvolver ainda, formação contínua que permita o desenvolvimento profissional sobre questões relacionadas com a fadiga profissional, como o stress e o burnout (DGS, 2022).

Assim, as formações contínuas acerca do tema, a criação de melhores condições de trabalho a nível estrutural, de recursos humanos e de recursos materiais, a existência de protocolos para registo dos casos de violência, o melhoramento da organização e a gestão do atendimento e acolhimento do utente, dialogando com o mesmo, caracterizam-se como fatores preventivos (Palagi, Noguez, Amestoy & Porto, 2015).

Na presença de sinais característicos da iminência de um ato de violência, como uma pessoa com punhos cerrados, ameaças verbais, com presença de armas ou objetos potencialmente perigosos, com agitação psicomotora e/ou sob efeito de alguma substância ilícita devem ser tomadas algumas medidas (Kaplan & Sadock, 1995). As medidas podem ser várias, enumerando as seguintes: a proteção, não deixando que se seja surpreendido; nunca estar com um utente potencialmente violento numa sala a sós; ponderar retirar artigos como colares, que o utente possa agarrar; restringir o acesso a salas com objetos perigosos, como agulhas ou outros cortantes; e, nunca desafiar ou enfrentar um utente potencialmente psicótico (Kaplan & Sadock, 1995).

A DGS (2022) descreve algumas ações preventivas de violência (Anexo I – Fluxograma de Atuação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde). Começa por mencionar que deve existir uma avaliação e monitorização do risco de violência dos espaços, grupos profissionais e situações, prosseguindo com a garantia de um ambiente seguro, através de circuitos de acesso e de atendimento claros, disponibilizando informação relevante. As condições de conforto para espera e no decorrer do atendimento têm um papel determinante, assim como a existência de locais, circuitos e equipamentos de segurança. O atendimento atempado, muitas vezes concretizável com o ajuste das dotações, humanizado e personalizado, com garantia de privacidade são fatores preventivos. Por último, cada serviço ou unidade deve criar um circuito ou instrumento interno para prevenção e auxílio em caso de violência e assegurar que os trabalhadores tenham acesso e conhecimento dos respetivos procedimentos.

5. Fatores predisponentes

As zonas de trabalho de acesso livre são um risco para situações de violência, assim como a ausência de agentes de segurança, a não notificação e conseqüente ausência de intervenções a nível organizacional (Antão et al., 2020). Evans (2017), descreve que a California Occupational Safety and Health Administration (Cal-OSHA) exige que todas as instituições de saúde criem um plano escrito de prevenção para a violência, que abranja uma avaliação do risco de todas a

áreas da mesma. Alguns desses riscos que podem predispor a episódios de violência são: os profissionais a prestarem cuidados sozinhos, em locais isolados, no decorrer do turno da noite; áreas com fraca iluminação e pouca visibilidade, permitindo que o agressor não seja visto; inexistência de circuitos de fuga ou existentes, mas pouco eficazes; sistemas de alarme de difícil acesso; entradas designadas para o profissional de saúde, porém com possibilidade de acesso não autorizado; e a existência de objetos nas áreas de atendimento do utente, que podem servir de armas (Evans, 2017).

No que concerne aos SU, a predominância de serviços sobrelotados, o aumento do stress do utente que espera pelos cuidados, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, muitas vezes resultante de dotações não seguras dos serviços, são alguns dos fatores de risco existentes que podem gerar violência (Palagi, Noguez, Amestoy & Porto, 2015). Caracteriza-se por ser um ambiente onde o profissional pode tender para cuidar a um nível mais centrado no procedimento técnico, podendo correr o risco de descuidar um pouco o cuidado holístico à pessoa, pela urgência/emergência dos cuidados e/ou sobrecarga dos mesmos, não possibilitando a criação de uma ligação com o utente (Palagi, Noguez, Amestoy & Porto, 2015). Copeland & Henry (2017) referem ainda como fatores de risco, o facto de existirem utentes que acedem com armas ou sob o efeito de substâncias psicoativas, o acesso livre do utente e acompanhante, a pouca segurança, as longas horas de espera muitas vezes em ambientes pouco confortáveis, como por exemplo, em cadeiras rígidas.

Por todos estes fatores, os enfermeiros, ao interagirem com o utente por maiores períodos, com maior proximidade e em momentos de maior stress para o utente, são a categoria profissional mais afetada pelos atos de violência (Palagi, Noguez, Amestoy & Porto, 2015).

6. Tipos de Violência

A violência pode ocorrer sob várias formas, não existindo apenas a violência física. Por provocar dano físico ou psicológico, ou até mesmo morte, após o uso intencional de força física, este tipo de violência leva por vezes a que se descure a violência psicológica, sexual, o assédio moral e a violência contra o património (DGS, 2022).

No que se refere à violência psicológica, a mesma decorre quando existe uso intencional de poder, que pode ser real ou sob a forma de ameaça, resultando em lesões físicas ou psicológicas, comprometimento do desenvolvimento ou privação, ou até mesmo morte. Esta pode englobar

a agressão verbal, ameaça, assédio, assédio sexual, coação, difamação, discriminação, injúria e perseguição (DGS, 2022). Segundo a DGS (2022), a violência sexual, que se caracteriza pela tentativa de realizar ou mesmo todo o ato sexual, comentário ou insinuação de conotação sexual indesejados, ou ainda a prática perpetrada por alguém contra a sexualidade de outro com recurso à coação. Este tipo de violência inclui o assédio sexual e a violação (DGS, 2022). Todos os comportamentos indesejados, que se baseiam na discriminação e que procuram perturbar ou constranger a pessoa, comprometendo a sua dignidade, criando um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador, denomina-se como o assédio moral. Por último, a DGS (2022) nomeia a violência contra o património, que se denota como a violência que é realizada sobre os bens da vítima, apresentando-se como uma forma indireta de agressão física ou estratégia de pressão psicológica.

7. Consequências da Violência

Após um caso de violência, podem surgir várias consequências a curto e/ou a longo prazo, como por exemplo, um aumento das faltas ao trabalho ou a execução do mesmo de forma pouco produtiva, um aumento dos custos com cuidados médicos ou apoio psicológico (Renker, 2015).

Para além destas, existem ainda consequências diretas para o profissional de saúde que sofreu de violência e para os utentes, que neste caso podem sentir um atendimento não adequado, com diminuição da satisfação nos cuidados (Renker, 2015). Segundo o ICN (2006), as consequências da violência fazem-se sentir através de sentimentos de culpa, raiva, depressão, baixa autoestima e impotência; de lesões físicas ou mal-estar geral, como cefaleias e vômitos; aumento de estados de ansiedade; detrimento de relações interpessoais; insatisfação no local de trabalho, entre outros. Similarmente, uma vítima de violência, apresenta estados de hipervigilância após contacto com o stress e as ameaças, consequências negativas para a própria saúde, exigindo assim uma abordagem individualizada no âmbito da saúde ocupacional (Antão et al., 2020).

Segundo Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi (2002), subsistem custos diretos da violência, como a incapacidade e morte, o absentismo, o desemprego e doenças do foro físico e mental. No que concerne aos custos indiretos, é mencionada a diminuição do desempenho profissional, da produtividade e da competitividade e, por último, os custos intangíveis, que se demarcam pelo efeito negativo na imagem da organização, a baixa motivação, a quebra da lealdade para com a

organização, o enfraquecimento da criatividade e o ambiente hostil para trabalhar (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002).

8. Trâmites legais a cumprir em situação de Violência

Como já referido anteriormente, todos os trabalhadores deverão conhecer os instrumentos de atuação em caso de situações de violência e ser treinados, por exemplo, através de simulações (DGS, 2022).

No local e em tempo de trabalho, os episódios de violência são classificados como um acidente ou incidente de trabalho. A participação eletrónica de acidentes de trabalho de trabalhadores que exerçam funções em entidades públicas empresariais é concretizada pelo empregador, ao abrigo do disposto no Código do Trabalho, na Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro (Assembleia da República, 2009), no Decreto-Lei n.º 106/2017, de 29 de agosto (Assembleia da República, 2017) e na Portaria n.º 14/2018, de 11 de janeiro (Assembleia da República, 2018). Esta participação para a respetiva seguradora é obrigatória, por via informática, devendo ser realizada no prazo de 24 horas a partir do momento em que obtém conhecimento. O não cumprimento do disposto anteriormente, constitui uma contraordenação grave a infração da obrigação.

Ainda segundo a DGS (2022), em acidentes de trabalho mortais ou com lesões físicas graves, deverá ser comunicado à ACT através do preenchimento de um formulário, nas 24h após o sucedido. O empregador é responsável por investigar o acidente de trabalho e o Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho/Serviços de Saúde Ocupacional procedem à análise do mesmo, verificando as causas, diretas ou indiretas. O regime de acidentes de trabalho de trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas, está estabelecido no Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro. No caso dos estabelecimentos integrados no setor público, a participação de acidente de trabalho deve ser realizada de acordo com o previsto na alínea c) do n.º 3 do Artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro. Ademais, as entidades empregadoras públicas remetem a informação sobre os acidentes de trabalho ao competente departamento de estatística do ministério responsável pela área do trabalho.

Para além disto, a DGS (2022) emana qual o percurso a ser realizado pelo profissional em situações em que é vítima de violência (Anexo II – Fluxograma de Atuação em Situações de Violência no Setor da Saúde). Numa primeira fase, é necessário garantir os cuidados de saúde

necessários e, se o caso o exigir, encaminhar para o SU, complementando, quando necessário, com reabilitação e apoio psicológico (que inclui o SNS 24 - Serviço de Aconselhamento Psicológico para profissionais de saúde – Anexo III). Segue-se o apoio jurídico para a realização da queixa, da recolha de meios de prova e testemunhas. A pessoa agressora também receberá o apoio, a reabilitação, bem como será responsabilizada. O apoio do superior hierárquico também deverá estar indicado, procedendo o mesmo à referenciação da pessoa vítima de violência ao Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho, assim como deverá solicitar a nível superior orientação jurídica do Gabinete Jurídico e do Cidadão. Se existirem situações em que o profissional não necessite de cuidados, mas em que se verifique dano que possa servir como prova no âmbito criminal, ponderar encaminhar para o Gabinete do Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses, onde poderá ser realizada a queixa por parte do trabalhador vítima de violência.

No episódio de violência, profere a DGS (2022), que em situação de defesa ou prevenção de prova, a presença de outro profissional de saúde ou segurança deve ser solicitada. Deverá ser realizada participação ao superior hierárquico e, é necessário que no prazo de dois dias úteis, o profissional tenha acesso ao Modelo de “Participação e Qualificação de Acidente” (Anexo IV) e, em caso de lesões físicas, ao “Boletim de Acompanhamento Médico” (Anexo V) para que realize a notificação. Deve ainda aceder ao Sistema Notifica (Anexo VI), assim como a um Formulário de Comunicação de Episódio de Violência da própria instituição onde se encontra. No registo da situação deverá estar garantida a confidencialidade.

A instituição de saúde realiza a denúncia de crime, de acordo com o Art. 242º do Código Penal, através do preenchimento do Formulário de Denúncia de Crime (Anexo VII). O trabalhador deverá ser apoiado na realização da queixa nas autoridades judiciais (Forças de Segurança, Ministério Público da Comarca ou Gabinete do Instituto de Medicina Legal e Ciência Forenses, este último apenas em situação de lesões que sirvam de prova em sede criminal), diretamente ou online, no Sistema de Queixa Eletrónica (SQE) no Ministério da Administração Interna (DGS, 2022). A queixa-crime deverá conter todos os dados relacionados com o episódio de violência, a identificação da vítima, eventual identificação do agressor, as testemunhas (incluindo os nomes, moradas e outras contactos), cópia de tratamentos médicos, no caso de existir, fotografias e respetiva identificação. A queixa é isenta de qualquer pagamento e não é necessário a presença de um advogado. No entanto, qualquer cidadão pode solicitar assistência de um advogado. Se existir insuficiência económica, poderá solicitar a nomeação de patrono

no quadro do regime do acesso ao direito e aos tribunais. O Guia Prático – Proteção Jurídica e requerimentos eletrónicos para o pedido de proteção jurídica do Instituto da Segurança Social, assim como algumas associações sindicais poderão facilitar o apoio jurídico. A DGS (2022) completa que se exige que todos os episódios de violência reportados, sejam alvo de análise pelos pontos focais e grupos operativos.

A ofensa à integridade física simples ou grave (qualificadas), a ameaça, coação e perseguição (agravadas) e o sequestro são considerados Crimes Públicos (DGS, 2022). Já a injúria, difamação, publicidade e calúnia, são Crimes Semi Públicos (DGS, 2022). Desta forma, a direção da instituição, ao obter conhecimento de um ato de violência contra o profissional de saúde, deverá proceder a uma denúncia aos serviços do Ministério Público, para que se instaure um inquérito crime (DGS, 2022). Ademais, de acordo com a Lei nº 55/2020 de 27 de agosto, que integra os objetivos, prioridades e orientações da política criminal, os crimes contra o sistema de saúde e em ambiente de saúde são indicados como de prevenção e investigação prioritária, recomendando-se o policiamento de proximidade e programas especiais de polícia nos serviços de saúde.

9. Conclusão

São várias as orientações emitidas acerca da violência no setor da saúde, emanadas por várias organizações internacionais como a Organização Internacional do Trabalho, o International Council of Nurses e a Organização Mundial da Saúde.

Ao realizar estágio num SU foi possível contactar com esta realidade e observar o seu impacto. Constatou-se ainda, que vários são os episódios de agressão que não são notificados, muitas vezes porque o profissional não considera ter sido agredido ou porque desconhece qual o caminho que deve ser percorrido. Ao proporcionar formação ao profissional de saúde, o mesmo pode compreender o sucedido, conhecer o modo de atuação e certamente constituir um exemplo de reconhecimento dos problemas existentes. Consequentemente, permite que venham a ser implementadas mudanças e alteradas atitudes, que levam à prevenção de novos episódios.

Com o presente documento, os profissionais de saúde podem amplificar a sua consciência sobre o tema, as consequências e os custos do mesmo, estando mais abertos a mudanças de comportamento, que naturalmente poderão ter um impacto positivo na visão do utente sobre a instituição. No caso da implementação de intervenções de melhoria não impedirem que a situação de violência ocorra, o profissional terá um instrumento de atuação que poderá servir de apoio. Juntamente com este documento, foi criado um póster digital com o Fluxograma de Atuação em Situações de Violência no Setor da Saúde.

10. Referências Bibliográficas

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2018). *Orientações para a prevenção e gestão da violência em contexto de prestação de cuidados de saúde*. Lisboa: ARSL VT.

Antão, H. S., Sacadura-Leite, E., Manzano, M. J., Pinote, S., Relvas, R., Serranheira, F., & Sousa-Uva, A. (2020). Workplace violence in healthcare. *Acta medica portuguesa*, 33(1), 31-37.

Assembleia da República. (2009). Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro - Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais. *Diário da República n.º 172/2009 - I Série A*. Lisboa.

Assembleia da República. (2009). Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro. Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República n.º 176/2009 - Série I*. Lisboa.

Assembleia da República. (2017). Decreto-Lei n.º 106/2017 de 29 de agosto. Regula a recolha, publicação e divulgação da informação estatística oficial sobre acidentes de trabalho. *Diário da República n.º 166 - Série I*. Lisboa.

Assembleia da República. (2018). Portaria n.º 14/2018 de 11 de janeiro. Regula os modelos de participação relativa a acidentes de trabalho. *Diário da República n.º 8 - Série I*. Lisboa.

Assembleia da República. (2020). Lei n.º 55/2020 de 27 de agosto. Lei-Quadro da Política Criminal. *Diário da República n.º 167 - Série I*. Lisboa.

Comeskey, M. (2016). Zero tolerance of violence towards nurses. *Emergency Nurse New Zealand*, P7-P8.

Copeland, D., & Henry, M. (2017). Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal of trauma nursing*, 24(2), 65-77.

Direção-Geral de Saúde. (2006). Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006: *Melhorar o ambiente organizacional em prol da saúde dos profissionais*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral de Saúde & Ação de Saúde Sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2014). Norma n.º 015/2014 de 25 de setembro. *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral de Saúde (2015). *Departamento da Qualidade na Saúde: Violência contra profissionais de saúde. Notificação on-line 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral de Saúde (2015). *Violência contra profissionais de saúde. Notificação on-line 2014*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2022). *Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida: Manual para a Implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Evans G. (2017). OSHA Seeks Comment on Violence Prevention Regulation. *Hospital Employee Health Journal*, 36 (2), 13-16.

International Council of Nurses. (2006). *Abuso e violência contra o pessoal de enfermagem, tomada de posição*.

International Council of Nurses. (2017). *Position Statement: Prevention and management of workplace violence*. Genebra: ICN.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1995). Problemas clínicos na medicina psiquiátrica de emergência. Depressão. Kaplan HI, Sadock BJ. *Medicina psiquiátrica de emergência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 142-146.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.

Martins, H. G. (2017). *Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência* (Doctoral dissertation, Instituto Politecnico de Viseu (Portugal)).

Ministério da Saúde. (2005). Despacho n.º 19124/2005, de 2 de setembro. Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. *Diário da República n.º 202 - II Série*. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). *Diário da República n.º 153 - II Série*. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2019). Despacho n.º 9494/2019, de 21 de outubro. Triage de Manchester. *Diário da República n.º 169 - II Série*. Lisboa.

Organização Internacional do Trabalho (2018). *Ending violence and harassment against women and men in the world of work*. Geneva: ILO.

Palagi, S., Noguez, P. T., Amestoy, S. C., & Porto, A. R. (2015). Violence at work: view of nurses of an urgency and an emergency service. *J Nurs UFPE*, 9(11), 9706-12.

Portugal, Conselho de Ministros. (2019). Resolução n.º 28/2019 de fevereiro. *Diário da República, n.º 31, I Série*. Aprova o Plano de Ação para a Segurança e Saúde no Trabalho na Administração Pública 2020.

Portugal, Conselho de Ministros. (2022). Resolução n.º 1/2022 de 5 de janeiro. *Diário da República, n.º 3/2022, Série I de 2022-01-05*. Aprova o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde.

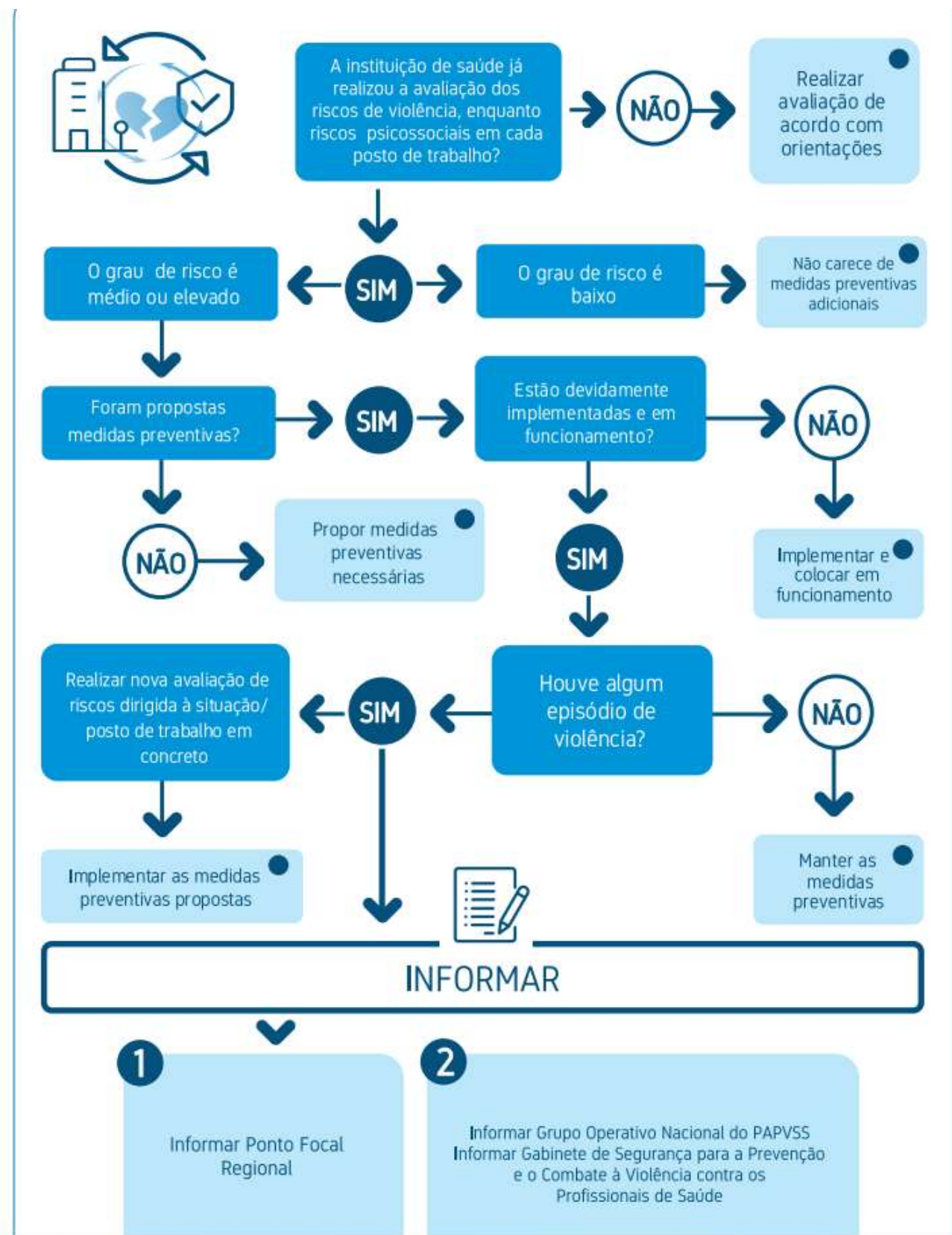
Renker, P., Scribner, S. A., & Huff, P. (2015). Staff perspectives of violence in the emergency department: appeals for consequences, collaboration, and consistency. *Work*, 51(1), 5-18.

Schat, A. C., Frone, M. R., & Kelloway, E. K. (2006). Prevalence of Workplace Aggression in the US Workforce: Findings From a National Study. In *Handbook of workplace violence*, Edited by: Kelloway, E.K., Barling, J. and Hurrell, J. J. 47–89. Thousand Oaks, CA: Sage.

Vítolo, F., & Médico-Noble, S. A. (2011). Violencia contra profesionales de la salud. *Biblioteca Virtual Noble*, 1-13.

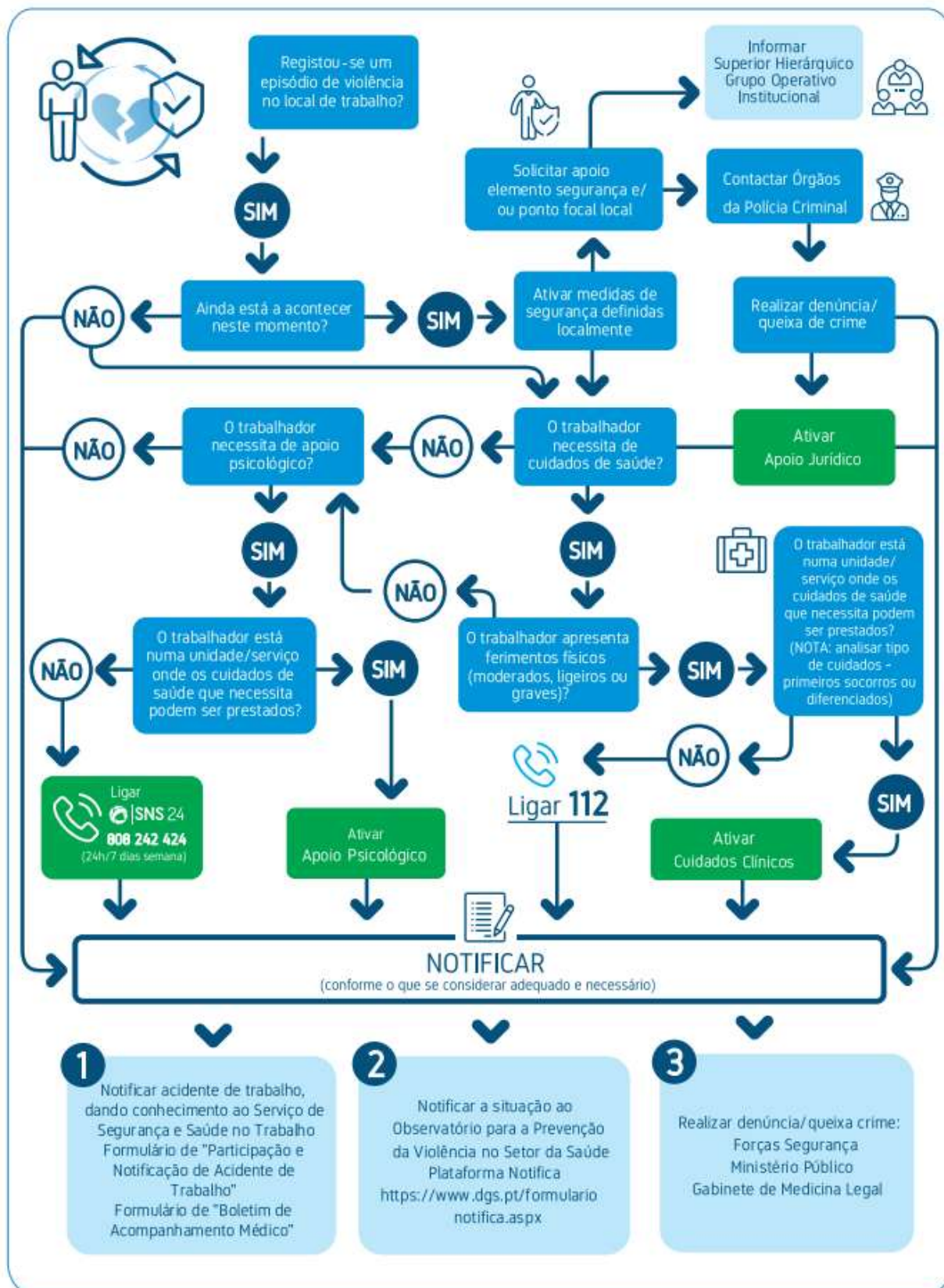
ANEXOS

Anexo I – Fluxograma de Atuação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde



(DGS, 2022)

Anexo II – Fluxograma de Atuação em Situações de Violência no Setor da Saúde



(DGS, 2022)

**Anexo III - SNS 24 - Serviço de Aconselhamento
Psicológico**



IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

UNIDADE DE COORDENAÇÃO: Unidade de Gestão e Desenvolvimento do Centro de Contacto do SNS (SNS 24)

NOME: Serviço de Aconselhamento Psicológico

BREVE DESCRIÇÃO: O Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde - SNS 24 - disponibiliza ao cidadão, de forma integrada, uniforme e através de vários canais, um conjunto de serviços e informações que pretendem otimizar o acesso e simplificar a utilização do Serviço Nacional de Saúde. No atual contexto Pandemia da COVID-19 houve necessidade de reestruturar o modelo de prestação de alguns serviços, bem como de desenvolver novos serviços no SNS 24.

No âmbito da resposta à COVID-19 foi considerado essencial implementar um serviço de aconselhamento psicológico, de âmbito nacional, que desse resposta a profissionais de saúde e a utentes generalizando assim o acesso a este serviço (colaboração interinstitucional entre a SPMS, a Fundação Calouste Gulbenkian e a Ordem dos Psicólogos Portugueses). O algoritmo de aconselhamento psicológico foi desenvolvido pela Ordem dos Psicólogos e validado pela DGS.

A temática da violência no local de trabalho passou a ser uma das temáticas que integram o serviço de Aconselhamento Psicológico para profissionais de saúde.

Este serviço funciona 24h/7 dias por semana. Para além do aconselhamento psicológico adequado, o psicólogo pode ainda sinalizar as situações para os enfermeiros do SNS 24 que encaminham adequadamente para os Serviços de Urgência, designadamente urgência psiquiátrica se for o caso, urgência geral ou cuidados de saúde primários. Caso se verifiquem situações de perigo iminente de vida para o próprio ou para terceiros as chamadas são transferidas para o INEM.

Este serviço dá assim cumprimento ao Despacho 01/2020 do Gabinete do SES de 30 de janeiro de 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Gestão de emoções (stress, ansiedade, angústia, medo) em situação de crise;
- Serviço promotor da resiliência psicológica;
- Prevenção da violência no local de trabalho e as respetivas consequências em profissionais de saúde;
- Diminuição da probabilidade de desenvolvimento de problemas de saúde mental decorrentes da vivência de uma situação de crise, nomeadamente violência no local de trabalho;
- Promoção e aumento do sentimento de segurança da população e dos profissionais de saúde com a gestão de sentimentos associados à situação de crise;
- Orientação para entidades de apoio emergente ou urgente em caso de necessidade identificada pelo psicólogo.

COORDENADOR DA UNIDADE: Maria Cortes

COLABORADORES ENVOLVIDOS: Tânia Gomes

DATA DE INÍCIO DO SERVIÇO: 10 /02/2020

DATA DE REEXTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO: 1/04/2020

COLABORAÇÃO ENTIDADE EXTERNA: operador do SNS 24; Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Anexo IV - Participação e Qualificação de Acidente

PARTICIPAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO (*)

MINISTÉRIO _____

QUALIFICAÇÃO E DESPACHO AUTORIZADOR DE DESPESAS

Face aos elementos constantes da participação e aos fornecidos pelo competente serviço de saúde e _____

qualifico como acidente de trabalho ocorrido em e autorizo as despesas dele resultantes.

_____, ____/____/____

A entidade empregadora,

IDENTIFICAÇÃO DO ORGÃO OU SERVIÇO

Designação _____

Morada _____

Estabelecimento onde o trabalhador exerce funções _____

_____ Tel. Fax

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome _____

Data Nasc. N.º. Cont. Nacionalidade _____

Morada _____

Cód. Postal Localidade _____ Tel.

Nomeado Contratado Comissão de serviço

com a categoria/cargo _____

(*) Deve ser utilizado para participação do incidente e do acontecimento perigoso

(DGS, 2022)

Anexo V - Boletim de Acompanhamento Médico

Internamento

Hospital _____ Serviço _____

Início do internamento Fim do Internamento

Deve ser seguido em : Consulta externa Centro de saúde

Incapacidade: Temporária parcial Temporária absoluta

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

O Médico _____
 Céd. Prof.

Consulta Externa

Hospital _____ Serviço _____

Data da consulta Nova consulta

Incapacidade temporária

parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____
parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____
parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____
parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____
parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____
parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____

O Médico _____

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

Médico de Família / Médico Assistente

Centro de Saúde _____

Médico do sector privado _____

O Médico _____

Céd. prof.

Data da consulta Nova consulta

Incapacidade temporária

parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____
parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____
parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____
parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____
parcial	<input type="checkbox"/>	absoluta	<input type="checkbox"/>	_____

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

Junta Médica

A.D.S.E. Volta em

A.D.S.E. Volta em

Incapacidade: Temporária parcial

Temporária absoluta

Na Incapacidade Parcial indique as restrições ao exercício da actividade habitual

O Presidente da Junta Médica _____

Alta

Data:

Incapacidade: Sem incapacidade

Permanente parcial de:%


Permanente absoluta

O Médico ou o Presidente da Junta Médica _____

(DGS, 2022)

Anexo VI - Formulário Notifica

Formulário NOTIFICA



SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
Departamento da Qualidade na Saúde

Identifique a Instituição onde ocorreu o incidente?

(DGS, 2020)

Anexo VII - Formulário de Denúncia de Crime

O presente Formulário deve ser utilizado pelo responsável máximo da instituição de saúde para a elaboração de denúncia de crimes relacionados com violência contra trabalhadores no setor da saúde, conforme artigo 242º do Código Penal, independentemente do conhecimento do seu autor/a(s) ou tipologia (física, psicológica, contra património ou pessoas significativas) e da realização da queixa pelo profissional ofendido.

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA DE CRIME



Exmo./a Sr./a Procurador/a da República de

Atento o disposto nos artigos 262.º e 264.º e para efeito de denúncia nos termos do disposto no artigo 242.º, n.º 1, b), do Código do Processo Penal, vimos dar notícia do seguinte:

VÍTIMA

Nome

Data Nascimento Nacionalidade

Identificação: N.º Validade

Morada

Código Posta Localidade

Contactos

DENUNCIADO/A(S)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

TESTEMUNHA(S)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

(DGS, 2022)

Apêndice V – Comunicação com o doente em Serviço de Urgência



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

COMUNICAÇÃO COM O DOENTE EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Trabalho realizado por:

Cindy Pereira.

Sob orientação de:

Prof. Doutora Irene Oliveira.

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

No processo de cuidar e para que se crie um relacionamento efetivo com o doente, a comunicação é um instrumento básico e eficaz. **Através da comunicação, compreendem-se as necessidades da pessoa/família/cuidador, humanizando os cuidados.** Permite ainda, a existência de interação, efetivando o cuidado (Broca & Ferreira, 2015).

A **comunicação** realizada entre o profissional de saúde e o doente **tem um papel fundamental na produção de maior satisfação** (Shah, Patel, Rumoro, Hohmann & Fullam, 2015).

Messina et al. (2015) concluíram que a comunicação com o doente deve sofrer melhorias, informando o mesmo relativamente a situações de emergência que aumentam os períodos de espera, **reforçando os cuidados a ter após a alta, assim como atender às dúvidas e às necessidades.**

Para que se comunique de forma eficiente, **o profissional deve ser capaz de garantir que percebe toda a informação que lhe é transmitida**, proporcionando um retorno adequado (Sousa, 2009).

O acesso ao **princípio de autonomia do doente, a confiança mútua, o consentimento informado e a informação necessária** para que o doente/família se ajude a si próprio e se permita ser ajudado, **é proporcionado pela comunicação** (Pereira, 2008).

Nunes (2016) refere que **o doente precisa de informação clara, objetiva e verdadeira.**

Uma comunicação eficaz permite a satisfação do doente, bem como a sua adesão aos cuidados de saúde. **Comunicação esta adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional e às crenças de saúde de cada pessoa** (Brás & Ferreira, 2016).

O **comportamento** verbal e não-verbal do profissional **deve demonstrar empatia e transmitir segurança** (Silva e Araújo, 2012).

No processo de comunicação, **a dimensão não-verbal permite demonstrar e compreender os sentimentos nos relacionamentos interpessoais.** O tom de voz, os gestos que acompanham o discurso, os olhares, as expressões faciais e a postura corporal caracteriza a comunicação. **Estes sinais não-verbais, permitem que o doente desenvolva confiança e que se crie uma relação terapêutica efetiva.** (Silva & Araújo, 2012).



São várias as barreiras ao processo de comunicação, como os fatores biológicos, psicológicos, psicossociais e os fatores do meio ambiente (o ruído e a falta de privacidade). Ademais, as interrupções frequentes, a hierarquia organizacional dos cuidados, a passagem incorreta de informação entre profissionais, a sobrecarga de trabalho, as condições físicas dos serviços, são também alguns dos obstáculos encontrados (Brás & Ferreira, 2016).

Adjacente a qualquer serviço, é também essencial que no Serviço de Urgência, os profissionais de saúde desenvolvam uma boa comunicação e saibam ouvir. **A comunicação com a equipa multidisciplinar é igualmente importante**, no sentido de promover uma melhor organização dos cuidados e uma assistência de qualidade (Cielo, Camponogara & Pillon, 2013).

Nesta valência de serviço, existe uma visão fragmentada do doente, **valorizando a técnica em detrimento da componente relacional e da humanização.** Assim sendo, é necessário reforçar **que o doente não é uma patologia ou objeto de investigação** (Montezeli et al., 2009).



As tecnologias assumem cada vez mais uma maior predominância e **os profissionais de saúde incidem na qualidade técnica da sua ação, negligenciando a parte humana dos cuidados** de saúde (Pereira, 2008).

Muitas vezes a informação transmitida pelo profissional de saúde não é compreendida pelo doente, pois este não apresenta o mesmo nível de conhecimento, devendo por isso **o discurso ser adequado quer à idade, ao nível de conhecimento ou por exemplo a um doente com diminuição da acuidade auditiva**. Adicionalmente, a compreensão do doente pode estar comprometida pelo efeito do stress e da ansiedade resultante da sua condição de saúde (Pereira, 2008).

Assim, **a sensibilidade do profissional é essencial para que se observem e identifiquem situações, eliminando preconceitos e juízos de valor** (Pereira, 2008).



O Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), confirma **o dever de informar o doente**. Informar acerca dos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito ao consentimento informado; atender aos pedidos de informações com responsabilidade; e, informar sobre os recursos a que a pessoa pode recorrer.

O doente tem o direito à informação de saúde. Tem o direito a ser **informado sobre a sua situação clínica, quais as opções possíveis de tratamento, a evolução provável do seu estado de saúde, bem como o direito à autodeterminação** em cuidados de saúde (Nunes, 2016).

Ao fornecer informações aos doentes, as necessidades satisfeitas são várias, **como permitir lidar melhor com a doença, diminuir estados de ansiedade e stress, incrementar sentimentos de segurança e aumentar a adesão aos tratamentos** (Emanuel & Emanuel, 1992).



No desenvolvimento da comunicação, para que se estabeleça uma relação de ajuda, deve existir:



(Gonçalves, 2014)

A interação social poderá resultar da adoção de um comportamento assertivo, que por sua vez poderá facilitar o estabelecimento de uma relação empática com os doentes (Pereira, 2008).



(Pereira, 2008)

Fiske (1990), enumera elementos envolvidos na comunicação não verbal, que podem completar o discurso verbal ou contradizer o mesmo, como:

- **Contacto físico** – quem, onde e quando tocar;
- **Proximidade** – o grau de proximidade relativamente à pessoa;
- **Orientação** – que diz respeito ao posicionamento adotado face à pessoa, por exemplo, olhar alguém de frente pode ser um indicador de intimidade ou de agressão;
- **Aparência** – transmite mensagens sobre a personalidade, o estatuto social ou até de conformismo;
- **Movimentos da cabeça** – estão incluídos na gestão de uma interação, como o assentir, incentivando que o outro continue a falar ou a execução de movimentos rápidos, podendo indicar o desejo de falar;
- **Expressão facial** – alterada pela posição das sobrancelhas, o formato dos olhos, da boca e o tamanho das narinas;
- **Gestos** – como principais transmissores consideram-se as mãos e braços, que complementam a comunicação verbal;
- **Postura** – a forma como nos sentamos, levantamos ou deitamos, podem significar amistosidade, hostilidade, superioridade, inferioridade, grande tensão ou descontração;
- **Movimento dos olhos e contacto visual** – a frequência e a duração do olhar pode enviar mensagens por exemplo de domínio ou de aliança. O contacto visual no início ou durante a primeira fase da comunicação verbal, indica o desejo de que o ouvinte preste atenção;
- **Aspetos não-verbais do discurso** – O tom de voz, o volume, o sotaque, os erros no discurso e a velocidade, indicam o estado emocional, a personalidade, a classe, entre outros.

A escuta ativa permite que todo o profissional comunique, não estando apenas a ouvir. Segundo Hélène Lazure (1994), na escuta ativa é necessário:

- **Local calmo** e favorável à escuta;
- **Distância confortável** para o doente, adequado face à sua etnia e à sua cultura;
- **Inclinar o corpo** ligeiramente para a frente, como forma de transmitir ao doente uma **maior proximidade** e interesse pela mesma;
- **Atitude corporal de abertura**, evitando os braços cruzados, alternar o apoio entre cada uma das pernas, baloiçar uma delas, agitar nervosamente os dedos ou coçar-se;
- **Olhar o doente de frente**, porém não o fixar nos olhos;
- Não apresentar como preconceito o facto de que uma enfermeira competente deve responder rapidamente a tudo, aceitando os **momentos de silêncio**;
- **Reformular** aquilo que foi dito pelo doente, demonstrando que se escutou com atenção;
- Nunca desconsiderar a **linguagem não verbal**, pois a mesma permite completar o que foi escutado através das palavras;
- Se o profissional de saúde não escutou ou não percebeu o que foi dito, deve ser **honesto** ao longo de todo o processo, solicitando ao doente que repita as informações;
- Após o silêncio do doente, o profissional de saúde integra o que acaba de ouvir durante alguns segundos de reflexão, sendo denominado como o **silêncio de latência**.

A comunicação permite ainda que se crie uma relação terapêutica. Desta forma, Riley (2004) expressa condições para que a mesma se desenvolva:

- **Escuta** – comunicação não verbal, demonstrando interesse pelo doente;
- **Silêncio** – uma forma de comunicar ao doente a sua aceitação;
- **Orientação** – permite ao doente saber aquilo que pode esperar;
- **Comentários abertos** – permite que o doente aborde os temas que considera mais relevantes, encorajando-o a continuar;
- **Redução de distância** – de forma não verbal comunica ao doente que o enfermeiro quer estar próximo;
- **Consideração** – mostra a importância do papel do doente na relação;
- **Recapitulação** – permite que o profissional de saúde valide a interpretação da mensagem;
- **Reflexão** – exprime ao doente a importância das suas ideias, sentimentos e interpretações;
- **Clarificação** – expressa o desejo de compreender o doente;
- **Validação consensual** – demonstra o desejo de compreender a comunicação do doente;
- **Focalização** – foca a conversa no tema de maior relevância;
- **Síntese** – permite ajudar o doente na distinção da informação relevante da irrelevante, servindo como uma revisão e término de relação.
- **Planificação** – reitera o papel do doente na relação.



Comunicar com os doentes nem sempre é fácil, sendo por isso necessário ter em conta alguns elementos na comunicação (Pereira,2008):

- **doentes hostis** – evitar rotular estes doentes, influenciando a prestação de cuidados. Cuidar igualmente, de forma segura com respeito e dignidade. Colocar-se no lugar do doente, permite manter a assertividade, evitando ações mais agressivas apenas com intuito de atingir os objetivos;
- **doentes que se sentem angustiados com grande labilidade emocional** – é necessário não esquecer de manter a sensibilidade para com o doente, não permitindo que perca a sua objetividade. Poderá responder com carinho e ajudar o doente na criação de pensamentos positivos;
- **Clarificar** – para que as necessidades do doente sejam satisfeitas, é necessário compreender de forma perspicaz, qual a informação mais pertinente e útil para a respetiva prestação de cuidados de enfermagem;
- **Calor humano** – pode ser demonstrado pela postura, um sorriso, o contacto visual direto e um toque. Este permite que se criem relações humanas, enriquecendo comportamentos que facilitam a comunicação, como o respeito e a empatia. Consequentemente, é possível criar uma relação de ajuda;
- **Empatia** – característica que permite compreender os sentimentos dos outros, traduzindo-se em comportamentos não verbais de calor humano e autenticidade.



Também no estudo de Sequeira (2016), é realizada uma síntese, neste caso dos aspetos a ter em conta aquando da transmissão de más notícias:

- Avaliar o **estado emocional e psicológico** do doente e da família;
- Transmitir a informação num **local tranquilo**, gradualmente, de **forma clara e objetiva**;
- Avaliar a **pertinência da informação** e o que o doente deseja saber;
- **Ser realista** e evitar minimizar o problema;
- Não contrariar a negação e **aceitar as ambivalências emocionais**;
- Analisar a linguagem **verbal e não-verbal**;
- **Escutar** mais do que falar;
- **Evitar o distanciamento** emocional, comunicando de acordo com os sentimentos da pessoa;
- Não determinar limites nem prazos, colaborando na existência de uma **esperança realista**;
- Avaliar os **sentimentos do doente** após receber a má notícia;
- Assegurar **suporte emocional** ao doente, por parte da família ou de outras pessoas de referência;
- Planear e assegurar o **acompanhamento** do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181 - Série I. Lisboa.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *CIAIQ2016*, 2.
- Broca, P. V., & Ferreira, M. D. A. (2015). Processo de comunicação na equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 19, 467-474.
- Cielo, C., Camponogara, S., & Pillon, R. B. F. (2013). A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: um relato de experiência. *Journal of Nursing and Health*, 3(2), 204-12.
- da Silva, M. J. P., & de Araújo, M. M. T. (2012). Comunicação em cuidados paliativos. *Manual de cuidados paliativos ANCP*, 75.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fiske, J. (1990). Introduction to Communication Studies. London, New York. 2nd ed.
- Gonçalves, Â. C. R. (2014). *Comunicação de más notícias a pessoas com doença oncológica: a necessidade de implementar a (bio) ética na relação: um estudo exploratório* (Doctoral dissertation).
- Lazure, H. (1994). O que é a relação de ajuda. *Vivre la relation daide*, 13-109.
- Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2015). Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. *Global Journal of health science*, 7(4), 30.
- Montezeli, J. H., Meier, M. J., Peres, A. M., Venturi, K. K., & Wolff, L. D. G. (2009). Enfermagem em emergência: humanização do atendimento inicial ao politraumatizado à luz da teoria de Imogene King. *Cogitare Enfermagem*, 14(2).
- Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pereira, M. A. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formosau, 33-37.
- Pereira, N. D. G. G. (2008). *Comunicação de enfermeiro/doente num serviço de urgência* (Doctoral dissertation).
- Riley, J. (2004). Comunicação em Enfermagem. 4ª Ed.
- Santos, F. D. (2016). *Alterações Globais: Os desafios e os riscos presentes e futuros*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel. ISBN 9789897521683.
- Shah, S., Patel, A., Rumoro, D. P., Hohmann, S., & Fullam, F. (2015). Managing patient expectations at emergency department triage. *Patient Experience Journal*, 2(2), 31-44.
- Sousa, J. (2009). *A vida é um minuto: o poder e a imagem*. Oficina do Livro.

