



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**O PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA DO CLIENTE COM FERIDA:
CONTRIBUTOS PARA A GESTÃO DO CUIDADO
THE HEALTH-DISEASE PROCESS OF THE PATIENT WITH WOUND:
CARE MANAGEMENT CONTRIBUTIONS**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Raquel Marques Silva

Lisboa – 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**O PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA DO CLIENTE COM FERIDA:
CONTRIBUTOS PARA A GESTÃO DO CUIDADO
THE HEALTH-DISEASE PROCESS OF THE PATIENT WITH WOUND:
CARE MANAGEMENT CONTRIBUTIONS**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Raquel Marques Silva

Sob Orientação de
Mestre Filipa Veludo

Lisboa – 2018

“Faz aquilo em que acreditas e acredita naquilo que fazes. Tudo o resto é perda de energia e de tempo.” Sri Nisargadatta Maharaj

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e ao seu corpo de docentes do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela oportunidade.

À Sra. Professora Filipa Veludo, pela forma positiva que marcou este percurso tornando-o menos sofrido e potenciador de desenvolvimento pessoal. Fez um esforço constante para me apoiar, desempenhou o seu papel enquanto professora de uma forma brilhante e não só, também de amiga, companheira e por vezes psicóloga, os meus sinceros agradecimentos por toda a sua paciência, compreensão, disponibilidade e exigência.

Aos impulsionadores da motivação para este caminho percorrido, os clientes, familiares e cuidadores.

Aos orientadores, sem eles também não tinha sido possível concretizar este percurso desafiante, promoveram uma reflexão crítica constante, demonstrando um exemplo a seguir enquanto enfermeiros especialistas.

A todos os profissionais dos serviços onde desenvolvi os estágios, pelo acolhimento e pelo ambiente favorável que me proporcionaram.

À minha incrível mãe e restante família, pelo incentivo, aconchego e amor.

Às amigas e colegas, pela paciência inesgotável. Um especial obrigada ao colega e amigo Nuno Simões pelo apoio incondicional.

À Enfermeira Chefe Susana Graúdo, pela gigantesca compreensão em simplificar-me a vida para a concretização deste percurso.

E a todos aqueles que de forma direta e indireta contribuíram para o meu bem-estar para que este sonho se tornasse realidade.

Eternamente grata!

RESUMO

O presente trabalho pretende ser a expressão escrita do processo interativo percorrido no desenvolvimento de competências clínicas especializadas propostas pelo plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa da unidade curricular Relatório.

De forma a complementar os saberes teóricos, surge uma componente prática em contexto real, que resulta da realização de três estágios, na Unidade de Hospitalização Domiciliária e Unidade Funcional de Cuidados Continuados, na Unidade de Queimados e no Serviço de Urgência Geral com observação na Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

O modelo teórico das Transições de Afaf Meleis relacionadas com o processo de saúde-doença do cliente com ferida surge como eixo transversal a todo o relatório. O decorrer dos estágios objetivou o cuidado especializado ao cliente em situação crítica e sua família em diversos contextos e procurou-se promover competências específicas na área do gestor de feridas (GF).

Ao longo do relatório fundamenta-se o processo de tomada de decisão relativamente aos campos de estágio e às temáticas desenvolvidas, descreve-se de forma crítica as atividades e estratégias realizadas para atingir os objetivos definidos e enumera-se as competências desenvolvidas.

Das várias atividades concretizadas destacam-se as seguintes: uma revisão integrativa da literatura sobre “As competências do gestor feridas na equipa de saúde”; uma folha de registo de avaliação e monitorização dos clientes com ferida e respetiva base de dados eletrónica em Microsoft Excel para o tratamento de dados; uma ferramenta de apoio à tomada de decisão na escolha do material de pensos; uma norma de procedimento setorial sobre a prevenção da contaminação e descontaminação da mala de visitação domiciliária; formação em serviço sobre importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas, abordagem inicial à queimadura e Úlceras Por Pressão (UPP); norma de procedimento setorial sobre método de registo de UPP no Alert®; cartaz elucidativo do dia mundial da prevenção de UPP; e dossiers temáticos.

Palavras-chave: Enfermagem, Especialista, Competências, Transições, Gestor de feridas.

ABSTRACT

The present work intends to be the written expression of the interactive process covered in the development of specialized clinical skills proposed by the study plan of the Master of Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica developed by the Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, from the Course unit Report.

The theoretical knowledge was complemented by a real practical component obtained during the internships : in the Domiciliary Hospitalization Unit and the Continued Care Unit, the Burnt Unit and the General Emergency Department (with an observation in the Emergency Medical Car).

The theoretical model of the Afaf Meleis Transitions related to the health-disease process of the patient with wound is a transversal axis of report. The internships aim was specialized care to the critical patient and his family in different contexts and sought to promote specific skills in the area of the wound navigator.

The report is based on the decision-making process relating to the internships. The developed themes describe critically the strategies undertaken to achieve the defined objectives and lists the skills developed.

From the diverse range of activities performed during the internships the following stand out: an integrative review of the literature on "The skills of the wound navigator in the health care team"; a record sheet for evaluation and monitoring of wound patients and the respective electronic database (in Microsoft Excel) for data treatment; support decision-making tool to aid the choice of dressing material; a sectorial standard on the prevention of contamination and decontamination of the home visitation bag; in-service training on therapeutic options in the burnt, initial approach to burns and pressure ulcers; sectorial procedure rules on pressure ulcer registration method; poster of the world day of pressure ulcer prevention; and thematic dossiers.

Key words: Nursing, Pos-graduate, Skills, Transitions, Wound Navigator

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APTF - Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems

CHL - Centro Hospitalar de Lisboa

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm - Centímetros

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAI - Dermatite Associada à Incontinência

DGS - Direção-Geral de Saúde

ELCOS - Sociedade Portuguesa de Feridas

EPI - Equipamento de Proteção Individual

etc - “e outras coisas”

EWMA - European Wound Management Association

GAIF - Grupo Associativo de Investigação em Feridas

GF - Gestor de Feridas

GIA - Gabinete de Informação e Acompanhamento

h- Horas

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

Km - Quilómetros

Min - Minutos

MVD - Mala de Visitação Domiciliária

nº- Número

°C - Graus Celsius

OE - Ordem dos Enfermeiros

pH - Potencial de hidrogénio

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RU - Reino Unido

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIC - Segundo Informações Colhidas

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

Sr. - Senhor

Sra. - Senhora

SUG - Serviço de Urgência Geral

SUVA - Serviço de Urgência Verde e Azuis

TC - Terapia Compressiva

TIME - Tissue, Infection/Inflammation, Moisture balance, Edge of wound

UFCC - Unidade Funcional de Cuidados Continuados

UHD - Unidade de Hospitalização Domiciliária

UK - United Kingdom

UP - Úlcera de Perna

UPP - Úlcera Por Pressão

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INDICE GERAL

TEMAS	Página
0- INTRODUÇÃO	10
1- AS COMPETÊNCIAS DO GESTOR DE FERIDAS NA EQUIPA DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	14
2- ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS SITUAÇÕES VIVENCIADAS...	28
2.1 - Numa Unidade de Hospitalização Domiciliária	28
2.2 - Numa Unidade de Queimados	41
2.3 - Num Serviço de Urgência Geral	52
3- CONCLUSÃO	64
4- REFERÊNCIAÇÃO BIBLIOGRÁFICA	68
APÊNDICES	74
APÊNDICE I – As competências do enfermeiro gestor de feridas na equipa de saúde: uma revisão integrativa da literatura	76
APÊNDICE II – Tabela com análise dos estudos selecionados na revisão integrativa da literatura	100
APÊNDICE III – Folha de registo de avaliação e monitorização dos clientes com ferida	108
APÊNDICE IV – Base de dados para tratamento de dados da avaliação e monitorização do cliente com ferida	112
APÊNDICE V – Ferramenta de apoio à tomada de decisão na escolha do material de pensos para a Unidade de Hospitalização Domiciliária	116
APÊNDICE VI – Norma de Procedimento Setorial sobre a prevenção da contaminação e descontaminação da mala de visitação domiciliária	120
APÊNDICE VII – Poster sobre Mala de Visitação Domiciliária: Prevenção da Contaminação e Descontaminação	132
APÊNDICE VIII – Registo fotográfico da atual classificação das queimaduras	136

TEMAS	Página
APÊNDICE IX – Plano de sessão sobre “Importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas disponíveis na Unidade de Queimados”	140
APÊNDICE X – Sessão de formação “Importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas disponíveis na Unidade de Queimados”	144
APÊNDICE XI – Questionário de avaliação da sessão de formação “Importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas disponíveis na Unidade de Queimados”	174
APÊNDICE XII – Ferramenta de apoio à tomada de decisão na escolha do material de pensos para a Unidade de Queimados	178
APÊNDICE XIII – Sessão de formação “A tomada de decisão no cuidado ao cliente com ferida”	182
APÊNDICE XIV – Cartaz elucidativo do dia mundial da prevenção das UPP	194
APÊNDICE XV – Norma de Procedimento Sectorial sobre Implementação do método de registo da UPP prévia no Serviço de Urgência Geral	198
APÊNDICE XVI – Plano de sessão sobre “Método de Registo da UPP no Alert®”	206
APÊNDICE XVII – Sessão de formação “Método de Registo da UPP no Alert®”	210
APÊNDICE XVIII – Questionário de avaliação da sessão de formação “Método de Registo da UPP no Alert®”	220
APÊNDICE XIX – Plano de sessão sobre “Abordagem inicial à queimadura”	224
APÊNDICE XX – Sessão de formação “Abordagem inicial à queimadura”	228
APÊNDICE XXI – Questionário de avaliação da sessão de formação “Abordagem inicial à queimadura”	248

0- INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos pela maturidade pessoal e profissional adquirida e com a abertura da Enfermagem para o mundo numa constante preocupação e interação com o cliente e com tudo o que o rodeia¹ senti a necessidade de desenvolver uma *enfermagem com mais enfermagem*². Neste sentido, de forma a melhorar o meu cuidado e fortalecer uma *enfermagem avançada*² ingressei no curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem. O enfermeiro especialista é um pensante, que possui um conhecimento aprofundado e um conjunto de competências num domínio específico, que demonstra um elevado julgamento clínico e tomada de decisão.³

O presente relatório de estágio constitui um elemento integrante do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma vez que se destina à análise descritiva e crítica do estudante do seu processo de aprendizagem do desenvolvimento de competências especializadas e académicas, sendo o culminar do grau de especialização, cuja discussão em prova pública permitirá a aquisição do grau de mestre em enfermagem.⁴

A escolha recaiu sobre esta área de especialização pelo meu contexto profissional, uma vez que trabalho num serviço de medicina. Sinto que para dar resposta às necessidades e transições dos clientes e suas famílias, se adequa o descrito no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Como referido no regulamento, é um cuidado altamente qualificado e especializado prestado continuamente para e com o cliente com uma ou mais funções vitais em risco imediato de forma a manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total.⁵

Neste percurso de aprendizagem, é essencial a unidade curricular Estágio, para que o estudante alie o conhecimento com a experiência, através do pensamento reflexivo, sistematize o trabalho desenvolvido e demonstre os contributos de melhoria do cuidado. A experiência prática no contexto clínico possui vantagens, entre elas desenvolver a mestria para captar a globalidade da situação, permitindo a identificação precoce do problema e a sua confirmação, bem como intervenção adequada.⁶

Os objetivos do presente relatório são: avaliar de forma global e crítica o processo de aprendizagem de competências em cada módulo de estágio e fundamentar as decisões e

atividades na evidência disponível durante o desenvolvimento de competências e na Revisão Integrativa da Literatura (RIL).⁴

A linha transversal aos estágios foi gerir o processo de saúde-doença do cliente com ferida. O facto de ser o elemento dinamizador da prevenção e cuidado aos clientes com feridas no meu contexto de trabalho, com formação especializada e como formadora nesta área, representa não só a capacidade profissional da minha parte como também capacidade para usar essas experiências como ganhos nos campos de estágio, onde procurei mobilizar as competências que já possuo.

Atualmente deparamo-nos com a inversão da pirâmide etária, onde aumento dos anos de vida leva ao aparecimento problemas relacionados com a longevidade, como por exemplo o aparecimento de feridas⁷⁻¹⁰, exigindo cada vez mais profissionais capacitados para dar resposta aos processos de saúde-doença dos clientes. Assim, as necessidades dos clientes são a alavanca essencial para as mudanças nos sistemas de cuidados de saúde.² Embora a área da viabilidade tecidular não seja reconhecida como especialidade em Portugal, poderá fazer-se esse caminho. No Regulamento n.º 168/2011 da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem, no Artigo 2.º descreve que a individualização das especialidades em Enfermagem faz-se ao nível do alvo de intervenção e através da identificação do campo de intervenção especializado, mediante a determinação de áreas. O campo de intervenção especializado deverá: identificar o alvo de intervenção; explicar as suas áreas suscetíveis de responder às necessidades de saúde do grupo-alvo selecionado, devendo ser caracterizadas pelos processos de saúde/doença e pelo ambiente; propor competências específicas na área sugerida; propor um programa formativo para a futura especialidade; recomendar padrões de qualidade do cuidado especializado; e denominar a área de especialização.¹¹

A enfermagem caminha como profissão no sentido mais concetual², importa valorizar a teoria, que concede significado ao conhecimento, de forma a aperfeiçoar o cuidado descrevendo, explicando e prevendo os fenómenos.¹² Assim, o enfermeiro deve aliar o conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem.²

Enquanto enfermeira, lido diariamente com as respostas humanas envolvidas nas transições concebidas por eventos significativos, por exemplo saúde/doença, que exigem adaptação, assim “a transição é um conceito central para a Enfermagem”.^{13:66} Enfermagem é definida como um processo facilitador das transições promotoras de bem-

estar em todo o ciclo vital do cliente.¹⁴ O aparecimento de uma ferida engloba diminuição na qualidade de vida dos clientes, diminuição da mobilidade, dor, sofrimento, isolamento social, depressão, baixa autoestima e custos¹⁵, pode ser um quadro inesperado que não permite preparação psicológica. A dependência do cliente ao cuidado sucessivo à sua ferida representa uma rotura com o seu estilo de vida anterior, originando mudança inesperada, não planeada a que tem que se adaptar, sendo considerado um momento de transição de vida do cliente que conduz ao aparecimento de limitações físicas, emocionais e sociais. A Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis insere-se na corrente de pensamento denominada por paradigma da transformação, tendo como objetivo o cuidado para e com cliente, em que é reconhecida aos clientes a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito.^{1,16} Esta teoria promove uma visão aprofundada sobre as transições, em que os três domínios se situam na natureza da transição, condições da transição e padrões de resposta face à transição que permitem elaborar e implementar um plano do cuidado de enfermagem.¹⁴ No meu campo de agir aproprio-me da teoria das Transições, no entanto ao longo da descrição das atividades realizadas faço referência a outras. Numa proposta de capacitação do cliente e sua família para a transição que estão a vivenciar com ferida, surge o enfermeiro com perfil de competências de prática avançada em feridas complexas que se assume como advogado e defensor dos interesses do cliente, podendo ser designado por gestor de feridas (*wound navigator*). Optou-se por usar a terminologia gestor de feridas e não a de gestor da situação do cliente com ferida, porque como nos diz o poeta Drummond “Escrever é a arte de cortar palavras”¹⁷, ou seja, evitar palavras que alonguem as frases. Reforça-se a ideia, que o gestor de feridas não atua sozinho e devido à complexidade dos problemas dos clientes é necessária a atuação dos mesmos com uma equipa interdisciplinar de forma a enriquecer as soluções disponíveis e consequentemente a qualidade do cuidado prestado.

Durante o trabalho foi adotado o termo cliente como alvo do cuidado de enfermagem é visto como cliente ativo, que compactua com o cuidado do enfermeiro e estabelece uma relação com ele, e não apenas aquele que paga (visão economicista).¹⁸

A unidade curricular Estágio divide-se em três módulos, não precedentes entre si. O objetivo geral comum aos três foi desenvolver competências éticas, deontológicas, relacionais, científicas e técnicas no cuidado especializado na assistência ao cliente adulto/idoso e família em três situações diferentes, com patologia de complexidade

elevada, crítica e urgente/emergente, respetivamente por ordem cronológica módulo III, II e I:

O módulo III corresponde ao opcional, escolhido pelo estudante e desenvolvido numa Unidade Funcional de Cuidados Continuados (UFCC) e Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), que decorreu de 24 de abril a 26 de junho de 2017, num total de 180 horas de contacto distribuídas por horário de *roulement*, turnos de manhã e tarde;

O módulo II referente aos Cuidados Intensivos e Intermédios para adultos, foi desenvolvido numa Unidade de Queimados, de 1 de setembro a 26 de outubro de 2017, num total de 180 horas de contacto distribuídas por horário de *roulement*, turnos de manhã, tarde e noite;

O módulo I corresponde Serviço de Urgência Geral (SUG) de adultos, no período de 27 de outubro a 19 de dezembro de 2017, tendo 40 das 180 horas sido realizadas na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho é descritiva, suportada pelos conhecimentos teóricos aprendidos e aplicados na prática, na consulta de evidência que suportou as intervenções realizadas, na partilha de ideias com os enfermeiros orientadores e orientações tutoriais com a Sra. Professora Filipa Veludo.

Com o intuito de uma melhor assimilação dos conteúdos o trabalho apresenta-se estruturado e dividido em quatro capítulos e por apêndices. No primeiro capítulo, é exposta a síntese da fundamentação da problemática escolhida “As competências do gestor de feridas na equipa de saúde”, sendo que a RIL completa encontra-se em apêndice. No segundo capítulo, descreve-se a análise crítica e reflexiva das situações vivenciadas, são explanadas as competências desenvolvidas, em que cada subcapítulo corresponde a um módulo de estágio diferente e apresenta-se a justificação da escolha de cada um, assim como os objetivos específicos propostos. No terceiro, é apresentada a conclusão composta por uma avaliação global dos estágios, implicações para a prática profissional e uma análise transversal ao relatório. No último capítulo, é supracitada a referenciação bibliográfica. Em apêndices, são expostos os documentos referentes às atividades realizadas pertinentes para complementar a leitura acerca do percurso desenvolvido.

O trabalho encontra-se redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e as referências bibliográficas conforme a norma Vancouver.

1- AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR DE FERIDAS NA EQUIPA DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Neste capítulo será apresentada a síntese da RIL, o documento completo com a respetiva referenciação bibliográfica encontra-se em Apêndice (ver Apêndice I).

Raquel Marques Silva¹, Filipa Veludo²

¹ Enfermeira, Hospital Garcia de Orta. Mestranda em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

² Professora Assistente, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Resumo

Introdução: O envelhecimento e as comorbilidades associadas são as principais causas do aparecimento de feridas, exigindo profissionais habilitados para dar resposta às necessidades dos clientes. ^{1,2} É neste sentido que emerge na literatura um termo ainda ténue «*wound navigator*» (gestor de feridas), que poderá potenciar a abordagem à pessoa com feridas, muitas vezes descrito como enfermeiro de viabilidade tecidular.

Objetivo: Identificar as competências do gestor de feridas na equipa e formular uma possível definição.

Método: Revisão integrativa da literatura (25/08/2017). Pesquisa eletrónica (CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, MEDLINE®) e manual em 12 associações da especialidade em viabilidade tecidular, utilizando a estratégia de pesquisa booleana: TI wound OR tissue viability OR ulcer AND AB nurs* AND AB care OR role OR skills OR patient care team OR navigator OR manager OR multidisciplinary OR interdisciplinary OR tissue viability service OR interven* OR pratic*. Critérios de inclusão: artigos que descrevam as competências, os conhecimentos, as habilidades e atitudes do GF; referências em português, inglês, espanhol e francês; sem limite temporal; textos integrais disponíveis. Decorrente do processo de amostragem sistematizados por leitura de título, resumo e texto integral, selecionou-se uma amostra de 19 referências (15 das bases de dados e 4 das associações).

Resultados: Após a análise dos estudos, agrupámos as competências mais frequentes em quatro domínios: a) cuidado (experiência no cuidado na prevenção e tratamento de feridas e em terapias avançadas e tomada de decisão clínica e ética), b) qualidade (formação de pares, clientes, cuidadores e população, formação pós graduada em tratamento de feridas e viabilidade tecidular, investigação e auditoria), c) liderança (agente de mudança, trabalho em equipa e consultadoria) e d) gestão (controlo de custos e escolha de material e equipamentos). Definimos o termo de gestor de feridas, como o profissional de saúde proactivo, com conhecimentos específicos que mobiliza competências e os recursos disponíveis na otimização do cuidado ao cliente com ferida e sua família, capacitando-o para a gestão da sua situação de vida e saúde-doença, num sentido de parceria do cuidado e interdisciplinaridade.³

Conclusão: Este estudo traz contributos para o cuidado ao cliente com ferida, através da identificação dos domínios de atuação e competências do gestor de feridas, sendo possível desenvolver um projeto desde a conceção à implementação nesta área. Pretendemos no futuro que as competências que emergiram sejam analisadas por um painel de peritos em feridas e viabilidade tecidular em Portugal.

Palavras-chave: Gestor de Feridas, Competências, Papel, Enfermeiro de Viabilidade Tecidular

Introdução

Todos os sistemas de saúde modernos atravessam vários desafios, entre eles o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da sociedade, a vivência de uma era da informação e digital, a mutação da natureza da doença e os avanços nos tratamentos. No entanto, mesmo com a disponibilidade de tratamentos que salvam vidas, estes não curam a doença subjacente e o cliente vivencia processos complexos de saúde^{2,4}, como por exemplo o aparecimento de feridas.

As comorbilidades associadas ao envelhecimento são uma das principais razões para o aparecimento de alterações cutâneas^{2,4}, exigindo profissionais habilitados para dar resposta às necessidades dos clientes. Neste sentido começa a emergir na literatura a terminologia de «gestor de feridas» (*wound navigator*). Optou-se por usar a tradução precisa de Gestor de Feridas (GF), em vez de gestor da situação do cliente com ferida,

porque como refere o poeta Drummond “escrever é arte de cortar palavras”, evitando palavras que alonguem a frase.

Atualmente vivemos a massificação de idosos internados, sendo que o seu internamento hospitalar aumenta a prevalência de lesões cutâneas, com risco acrescido para a infeção e mau prognóstico.¹ Estima-se que mais de 23% dos clientes internados tenham uma Úlcera Por Pressão (UPP) e que esta ocorre durante o internamento por uma agudização da doença crónica.⁶ A saúde da pele, o maior órgão do corpo humano adulto, é essencial para a qualidade de vida dos clientes e uma componente central do cuidado de enfermagem.⁷ As UPP são um indicador da qualidade do cuidado e a meta a ser alcançada é ausência de UPP⁸, assim sendo torna-se uma preocupação para todos os enfermeiros mas especialmente para o GF.

No início da década de 1980, em Inglaterra, o papel do enfermeiro que cuida do cliente com ferida é descrito pela primeira vez na literatura como «Tissue viability nurse».⁹ Na literatura são encontradas outras designações como: “enfermeiro especialista em viabilidade tecidual”, “enfermeiro de cuidados à ferida”, “consultor de enfermagem de viabilidade tecidual” e “enfermeiro principal de viabilidade tecidual”¹⁰. Independentemente das terminologias utilizadas nós optámos por GF, uma vez que dinamiza os atributos de todas as definições identificadas na literatura, sendo o mais importante definir o seu perfil de competências.

De forma a operacionalizar uma abordagem centrada no cliente com ferida, sendo este o core de todo o processo da tomada de decisão, é necessária a intervenção de um líder com competências específicas na área de viabilidade tecidual defensor dos interesses e necessidades do cliente e família, ou seja, do GF.³

Nos últimos anos houve um aumento da procura dos enfermeiros GF por múltiplos fatores, entre eles: a) a inversão da pirâmide etária que leva ao aumento da incidência das feridas crónicas; b) o aumento exponencial com os custos no tratamento de feridas; c) o reconhecimento da população acerca da existência destes profissionais; d) novos avanços tecnológicos e evolução de tratamentos inovadores (material de pensos, terapia tópica por pressão negativa, substitutos sintéticos da pele, entre outros); e) rápida expansão dos conhecimentos; f) aumento da necessidade de profissionais qualificados; g) maior complexidade das equipas que necessitam de coordenação na área das feridas e viabilidade tecidual.¹¹

O tratamento de uma ferida complexa pode custar entre 6650€ e 10000€ por cliente, sendo o peso dos custos totais do cuidado com feridas de 2 a 4% dos orçamentos europeus para o cuidado de saúde. É provável que 27 a 50% das camas hospitalares do cuidado de agudos sejam diariamente ocupadas com clientes com feridas.¹²

Dada a problemática em análise e pertinência do tema para a qualidade do cuidado, a presente Revisão Integrativa da Literatura (RIL) pretende responder à questão de partida “*Quais as competências específicas do gestor de feridas?*”. Desta forma identificaram-se as competências, os conhecimentos, as habilidades e atitudes do GF e formulou-se a definição do termo, através da interpretação dos resultados. A descrição das competências profissionais é basilar para a avaliação da aprendizagem, enquanto processo integrado no qual o enfermeiro assimila valores e desenvolve conhecimentos, habilidades e competências para a gestão do cuidado ao cliente com ferida.^{13,14} O conhecimento claro das competências específicas do GF facilitará o trabalho dos líderes e instituições na identificação dos enfermeiros que devam assumir esta função enquanto agentes de mudança e promotores de boas práticas, com vista à melhoria contínua da qualidade do cuidado de enfermagem, obtenção de ganhos em saúde para o cliente portador de ferida e de valor para o cuidado de saúde.¹⁵

Método

De acordo com a natureza da questão de partida emergem os objetivos descrever as competências específicas do GF e formular uma definição para o termo GF. Optou-se por uma RIL para colmatar a lacuna do conhecimento atual e facilitar a compreensão do termo.

Revisão integrativa da literatura, recorrendo à pesquisa eletrónica (CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, MEDLINE®) e pesquisa manual, utilizando a estratégia de pesquisa booleana: TI (wound OR tissue viability OR ulcer) AND AB (nurs*) AND AB (care OR role OR skills OR patient care team OR navigator OR manager OR multidisciplinary OR interdisciplinary OR tissue viability service OR interven* OR pratic*). Os critérios de inclusão são artigos escritos em Português, Inglês, Espanhol e Francês, sem limite temporal, textos completos e de acesso gratuito, sendo excluídos os artigos que não abordem o fenómeno. A pesquisa foi efetuada a 25/08/2017, obtendo-se 19 estudos selecionados após a aplicação dos critérios de elegibilidade (15 das bases de dados e 4 das associações). Após leitura completa dos

artigos, foi realizada a análise de conteúdo de Bardin¹⁶ e extraídas as categorias que correspondem aos domínios das competências e as subcategorias com os respetivos conhecimentos, habilidades, atitudes ou competências do GF.

Resultados e Discussão

A análise dos artigos selecionados para a RIL, foi realizada de acordo com título, autor, ano, país, participantes, objetivo do estudo, resultados e desenho do estudo (ver Apêndice II).

A amostra em estudo tem baixa evidência pois situa-se entre os níveis 3 e 5.¹⁷ O facto de o nível de evidência ser baixo poderá despoletar o interesse dos investigadores para a sua incrementação, face à atualidade e pertinência do fenómeno no âmbito do cuidado humano. Os estudos incluídos são na grande maioria (84,2%) do Reino Unido (RU), sendo em 2014 o ano em que mais se publicou sobre o assunto. O RU tem-se dedicado à temática, uma vez que é reconhecida à enfermagem a especialidade em feridas e viabilidade tecidular em que a enfermeira registada é autorizada a desempenhar essas funções.

Decorrente da análise hermenêutica dos dados, emergiram quatro domínios de competências do GF cuidado, qualidade, liderança e gestão. Os domínios da liderança, qualidade e cuidado já tinham sido referenciados na literatura¹⁸, no entanto da análise que realizámos de outros estudos surgiu a pertinência da inclusão do domínio da gestão.

No domínio do cuidado, as competências mais referidas, em cerca de 80% (n=15) dos estudos, são a «experiência no cuidado na prevenção e tratamento de feridas agudas, crónicas, complexas e/ou que não cicatrizam e em terapias avançadas», seguida da «tomada de decisão clínica e ética» (n=10).

O domínio do cuidado engloba todos os aspetos que se relacionam com a tomada de decisão clínica e ética na área da viabilidade tecidular. Inclui também a abordagem holística com vista à satisfação das necessidades dos clientes portadores de feridas, a capacitação dos pares, clientes e cuidadores e a supervisão clínica.^{2,3-5,10,11,15,18-25} O gestor de feridas é o defensor dos interesses do cliente e ao formular um plano do cuidado conjuga as suas necessidades sentidas, os objetivos de tratamento e o cuidado adequado centrado no cliente.⁴ O GF também tem a preocupação constante na preparação do regresso a casa.

O GF possui a capacidade de prescrever o melhor cuidado para e com o cliente, mas também atua no seu campo de ação, de modo a desenvolver a sua tomada de decisão preventiva, diagnóstica e terapêutica em clientes com feridas agudas, crônicas, complexas e/ou de difícil cicatrização e em terapias avançadas. As feridas complexas mais referidas nos artigos como alvo do cuidado dos GF foram as UPP e UP.^{2,3-5,10,11,15,18-25} As áreas de atuação do GF desenvolvem-se no hospital, comunidade e em clínicas privadas.^{2,20}

O GF não se limita apenas à tomada de decisão clínica, mas também deve discutir as questões éticas de forma lógica em equipa, aplicar os princípios éticos na prática e analisar os dilemas éticos com que se depara.^{18,22} O limite da autonomia do GF não ficou definido, no entanto foi referido que é relevante fornecer as orientações claras em relação aos limites profissionais, que muitas vezes seguem as recomendações ou legislação nacional/local. À semelhança de outros papéis do enfermeiro especialista, o enfermeiro GF age de forma autónoma.^{18,27}

A capacitação dos clientes, geralmente referida como empoderamento (empowerment) engloba e incorpora os princípios/filosofia de que a viabilidade tecidual cria oportunidades para os clientes recuperarem a sua independência física, psicológica e social.^{2,18,26} Os autores referem que é necessário habilitar também os pares. Esta ideia vai ao encontro que não basta isoladamente ensinar ou instruir ou treinar, é preciso capacitar (ensinar e instruir e treinar) de modo a que os clientes, cuidadores e pares sejam capazes de agir.

O GF não pode agir isoladamente, deve envolver o cliente/família no estabelecimento de metas e plano do cuidado.^{2,3,4,10} Por vezes, as intervenções terapêuticas baseadas em evidência planeadas para o cliente, embora incorporadas, passam para segundo plano porque não têm em conta a perceção do cliente ou os seus objetivos, exigindo do enfermeiro uma abordagem criativa e esforços para que compreenda as razões do tratamento e benefícios.³

A supervisão clínica foi referida como a competência que o GF deve desenvolver para monitorizar e proporcionar a melhoria do cuidado dos seus pares. Para que a supervisão seja encarada como favorável é necessário que as interações se desenvolvam num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante.^{19,28}

No domínio da qualidade, as competências mais referidas, em cerca de 90% (n=17) dos estudos, são a «formação de pares, clientes, cuidadores e população», seguida da

«formação pós graduada específica na área de viabilidade tecidular» (n=15) e da «investigação» (n=10).

O domínio da qualidade, envolve a gestão do risco e manutenção de um ambiente psicossocial que promova a segurança, proteção e níveis ótimos de saúde, assim como atividades em que o GF é formador e formando, promovendo o seu autodesenvolvimento.^{2,4,5,10,11,15,19-25}

A competência mais frequente foi «formação de pares, clientes, cuidadores e população», em que o GF assume o papel de formador e o público-alvo pode ser o cliente, população e os pares, num ambiente formal e informal, que implica um processo dinâmico e interativo. Importa partilhar e disseminar os conhecimentos e o GF deve ter essa capacidade. Será necessário avaliar as necessidades de formação, desenvolver um plano de formação e estabelecer resultados mensuráveis à prática de enfermagem.^{2,4,5,10,11,15,19-26}

Entre os autores é unânime que é necessária formação pós graduada específica na área de viabilidade tecidular, não sendo apenas necessário “fazer” mas também “saber agir”. Referem que a formação durante o curso de licenciatura em enfermagem é insuficiente nesta área, e que é necessário que o enfermeiro na sua formação contínua promova o seu desenvolvimento pessoal e profissional, frequentando pós graduação, especialização ou mestrado na área de viabilidade tecidular.^{2-4,15,19-25} Há autores que acrescentam que deve ser exigido no mínimo um mestrado, como forma de serem desenvolvidas as competências de análise e avaliação crítica da investigação relevante e implementação dos dados significativos da pesquisa.¹⁰ É igualmente pertinente participarem em conferências onde o GF está envolvido no processo de audiência especializada, assim como atualizar-se e transferir os seus conhecimentos para o seu local de trabalho.¹⁰

Em Portugal, ainda há um longo caminho a percorrer que deverá começar pela valorização e criação da especialização em enfermagem no cuidado ao cliente com ferida e viabilidade tecidular, à semelhança do que se passa no Reino Unido desde os anos 80. Em 2017, foi apresentado o plano curricular para os enfermeiros GF de modo a normalizar as qualificações, que assentam no saber, saber-fazer e saber-estar. Os conteúdos programáticos centram-se no papel do enfermeiro na prevenção, prática baseada em evidência, educação para a saúde e promoção do autocuidado, Modelo de Cuidados Transicionais (cuidado centrado no cliente), tipos de feridas e processo de cicatrização,

nutrição e cicatrização das feridas, microbiologia, agentes antimicrobianos e limpeza das feridas, tipos de desbridamento, cicatrização em ambiente húmido, opções de terapias avançadas ou não convencionais, UPP, síndrome do pé diabético, úlceras dos membros inferiores, aspetos legais, éticos e económicos do cuidado e registos de enfermagem.²⁷

Outra atividade a ser desenvolvida será auditoria, em que o GF está em constante articulação com departamento da qualidade. Dentro desta competência surgem várias funções que o GF pode desempenhar, como por exemplo elaboração de ferramentas de auditoria e avaliação da sua confiabilidade e validade. Deve realizar auditorias sobre o funcionamento do material de alívio de pressão (colchões e almofadas), a infeção do local cirúrgico e ferida crónica, a satisfação dos clientes, as intervenções implementadas para reduzir as UPP, entre outras. Também identificar os sistemas de classificação, benefícios e desvantagens de cada um e de ferramentas de avaliação de risco e evidência na sua implementação. Para desenvolver esta competência deverá efetuar a gestão das não conformidades e análise de causa raiz dos incidentes e demonstrar conhecimentos e implementar metas acordadas a nível nacional e internacional.^{2,18}

Na competência da investigação deve produzir evidência baseada em estudos de incidência e prevalência das feridas, satisfação e qualidade de vida do cliente portador de ferida, intervenções implementadas e impacto do papel do GF no seio da equipa. Por outro lado deve saber interpretar os resultados e aplicar o conhecimento produzido pela evidência.^{2,10} Nesta competência o GF deve implementar métodos de recolha de dados, fazer o ensino sobre esses e envolver outros elementos da equipa nesta atividade assim como identificar áreas problemáticas e de não adesão, de modo a desenvolver esta área de atuação. Há pouca evidência do impacto dos enfermeiros especializados em viabilidade tecidular nos cuidados de saúde primários e hospitalares. Torna-se pertinente desenvolver estudos que demonstrem que as intervenções dos GF são fundamentais para os clientes e instituições, assim como o seu contexto, âmbito prático e impacto.² É possível fornecer dados sob a forma de resultados para demonstrar que as intervenções do GF trazem benefícios para o cliente e instituição como por exemplo, as taxas de amputação, a incidência e prevalência de UPP, a taxa de cicatrização ou modificação positiva na cicatrização das feridas, o controlo da dor, satisfação dos clientes (relatado pelo cliente), eficácia da equipa, o nível de autocuidado após uma abordagem em equipa na educação para saúde sobre o cuidado com os pés e a avaliação da qualidade de vida.^{3,4}

O GF deve demonstrar conhecimentos sobre as normas e iniciativas lançadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) e associações nacionais e internacionais de feridas^{2,18}, assim como contribuir para a elaboração de normas da DGS e normas, protocolos, procedimentos e material educativo na área das feridas e viabilidade tecidual no seu local de trabalho.¹⁰

Foi relatado que o GF pode melhorar os resultados para o cliente através da prevenção e identificação precoce da infeção.¹⁰ Num estudo desenvolvido em Portugal no ano de 2012 com o objetivo de conhecer a prevalência de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) em unidades de cuidados continuados integrados e o uso de antimicrobianos, identificou-se uma prevalência global de infeção adquirida de 8,1%, sendo a infeção da pele e tecidos moles e das feridas a mais frequente, correspondendo a mais de um terço das infeções identificadas.²⁹ Sendo estes números significativos o GF deve intervir nesta área, ao monitorizar por exemplo, as taxas de infeção do local cirúrgico, as admissões por celulite dos membros inferiores e a infeção na ferida crónica¹⁰, desenvolvendo deste modo a competência «prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde».

No domínio a liderança, as competências mais referidas do GF, em cerca de 70% (n=13) dos estudos, são «agente de mudança» e o «trabalho em equipa» (n=11).

O GF ao adotar o papel de líder, deve atuar como um consultor, implementar e disseminar as alterações necessárias, movendo a equipa nesse sentido.^{2,18}

É exigido ao GF a mestria de saber comunicar com os diversos elementos, de modo a que a mensagem seja percebida, sendo essencial motivar o outro e que lhe seja conferida a credibilidade clínica. Deverá por vezes estabelecer-se uma comunicação tripartida entre o GF, o cliente e o profissional de saúde local, facilitando a prática interdisciplinar.^{3,4,20,30}

Ser um agente de mudança, foi uma competência consistente reconhecida como necessária ao GF, este terá que ter a capacidade de mudar comportamentos dos clientes, pares e instituições, com argumentação devidamente fundamentada em evidência.^{2,10,15,18-23,30,31}

O trabalho em equipa deve desenvolver-se em todos os sentidos, na parceria do cuidado com o cliente e família, interdisciplinar e intra equipa. Estabelecer um grupo coeso para definir estratégias de trabalho, metas e objetivos coletivos a alcançar, será necessário assim como uma liderança coletiva e nomear um colaborador de grupo. Espera-se que o GF trabalhe de forma colaborativa para promover e apoiar inovações no âmbito da viabilidade tecidual, reduzir a variação do cuidado nas diferentes áreas, para assegurar o

uso efetivo dos recursos, para permitir que os membros sejam apoiados pelos pares, possibilitando oportunidades de desenvolvimento pessoal e para defender práticas baseadas em evidência. Torna-se eficaz desenvolver diretrizes comuns na abordagem ao cliente com ferida, estabelecer um sistema de comunicação efetiva e segura entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, de forma a proporcionar educação compartilhada e o devido encaminhamento.^{2,3,5,15,18,21,22,24,25,30,31}

A essência da abordagem em equipa ao tratamento de feridas reside na interdependência da equipa, na partilha de responsabilidades e na responsabilização pela obtenção dos resultados desejados. Cada elemento contribui com base nos seus conhecimentos e experiência. As equipas podem ser constituídas por enfermeiros, médicos de diversas especialidades, podologista, nutricionista, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, cliente, família, equipa de investigação e gestores. Todos os elementos da equipa são igualmente importantes, incluindo o cliente. Estudos demonstram que o cuidado prestado por uma equipa com diferentes especialidades resultam em taxas de cicatrização favoráveis quando comparadas com o cuidado de uma equipa com uma única especialidade.^{3,10}

O GF deverá ter a capacidade de reconhecer os seus limites e realizar o respetivo encaminhamento para o profissional de saúde mais habilitado para dar resposta ao problema do cliente. Os mecanismos de encaminhamento tornam-se essenciais porque o cliente ao longo do processo de cicatrização da sua ferida necessita de um cuidado continuado que varia entre o cuidado de agudos a crónicos com necessidades físicas e psicossociais, necessitando de uma equipa interdisciplinar.^{3,10,18,31} É necessário o reconhecimento do papel do GF na equipa, de forma a facilitar os processos de análise urgente, discussão de casos e transferência eficaz dos registos dos clientes.³

A competência de consultadoria deve ser desenvolvida com objetivo de apoiar a decisão dos pares nas melhores práticas, que poderá ser realizado presencial, telefonicamente ou por correio eletrónico, deste modo prevê-se que o GF tenha um contato direto para desempenhar este papel.^{2,10,19,18,21-25}

Uma estratégia para manter o cuidado continuado será estabelecer interlocutores nos serviços, devido à escassez e diversas funções assumidas pelos GF.²⁴ O papel do interlocutor é preciso nas áreas de formação e fonte de referência, de forma a facilitar a comunicação, assim como assegura que as melhores práticas recomendadas são aplicadas.

Deve ser atribuída esta função ao enfermeiro que seja entusiasta, motivado e voluntário, e que frequente formação profissional na área das feridas e viabilidade tecidual.³¹

No domínio da gestão as competências mais referidas, em cerca de metade dos estudos são o «controlo de custos» e «escolha de material e equipamentos».

O domínio da gestão refere-se à importância do cuidado que atenda às necessidades dos clientes mas que também faça a gestão dos recursos de forma eficaz, uma capacidade cada vez mais exigida pelos sistemas de saúde, que obriga a uma competência acrescida na área da gestão.^{2,4,10,15, 19-21,24,25}

Há uma infinidade de produtos disponíveis para o tratamento de feridas e o GF deve garantir que os produtos escolhidos são apropriados em custo-eficácia. Portanto, o conhecimento de uma vasta gama de equipamentos e produtos disponíveis no mercado é necessário para um cuidado efetivo. Uma das vantagens de construir protocolos dos produtos a usar em cada fase de cicatrização e/ou tipo de ferida não é só para orientar a tomada de decisão dos pares, mas sim diminuir custos com escolhas desadequadas.^{2,4,10,21,24}

Os custos do tratamento são mais elevados entre os profissionais que não frequentam formação acreditada específica e os custos tendem a reduzir à medida que o número de horas de formação cresce³². Assim, o GF que possui conhecimentos avançados na área de viabilidade tecidual tem uma tomada de decisão mais consistente e consegue diminuir os custos associados aos erros clínicos, más práticas e desempenho deficientes. Também deve assegurar que os produtos disponíveis são usados eficazmente e de acordo com as suas indicações.^{10,32}

O GF deve ser envolvido na escolha de material de pensos e equipamentos utilizados na prevenção e tratamento (alívio de pressão, camas, entre outros). Articular-se com a gestão de topo sobre a prestação de serviços e fornecedores para garantir o melhor valor e assegurar a disponibilidade dos equipamentos. Também deverá contabilizar os gastos com a formação e treino da equipa.¹⁰

Uma das atividades que deve ser desempenhada pelo GF e desafiante é a escolha de produtos a serem listados nos formulários das instituições, pois as evidências disponíveis não são baseadas em ensaios clínicos, mas sim em estudos de caso. A prática baseada em evidência deve apoiar essa escolha, mas na realidade, a maioria é baseada na intuição, na experiência clínica e condições específicas.²⁴

Quando o GF escolhe o material de pensos, não pode apenas pensar no custo unitário de cada tratamento, é necessário refletir no custo total a longo prazo. O GF tem de fazer o cálculo em relação aos benefícios para o cliente (maior conforto, qualidade de vida e cicatrização acelerada), tempo de enfermagem gasto no cuidado, vezes necessárias de mudança do material de penso e menor tempo de internamento hospitalar.³³

Com tudo o que foi mencionado, o GF é um profissional detentor de vários conhecimentos e com perfil de competências de prática avançada em clientes com feridas complexas, elemento necessário numa equipa de saúde.

Com esta RIL percebemos que apesar da existência do GF, não há reconhecimento na literatura, e como tal sugere-se investigação adicional³, no entanto comparando as suas funções são idênticas à do enfermeiro especialista em feridas e viabilidade tecidual. A analogia foi realizada porque a literatura refere que o GF deve ser o profissional de saúde mais capacitado para desempenhar esse papel e não recomendam o profissional escolhido pelo cliente ou o primeiro a estabelecer contacto.³ Utilizou-se o termo GF por considerarmos que é inovador, dinamizador e mais abrangente, dando ênfase à parceria do cuidado, capacitação dos clientes e cuidadores, em que o cliente é o centro de todo o processo de tomada de decisão.^{2,3}

A enfermagem desde os primórdios tem-se preocupado com o cuidado do cliente portador de feridas e com o passar dos anos foi havendo um crescente interesse nesta área e um investimento científico.³⁴ Os estudos sobre tratamento de feridas recebem grande destaque nas publicações de enfermagem, o mesmo não ocorre nas publicações médicas. Também são os enfermeiros que mais contacto estabelecem com os clientes, o que os torna privilegiados em relação à oportunidade do cuidado de qualidade e monitorizarem diariamente os resultados obtidos.^{7,35}

A profissão com maior ênfase em competências não técnicas, como por exemplo técnicas de comunicação, trabalho em equipa, modelos do cuidado centrados nos clientes e nos seus processos de transição, é a enfermagem competências essas que são indispensáveis ao GF. As filosofias atuais no cuidado ao cliente com ferida crónica parecem sugerir uma grande mudança de responsabilidade do médico para o enfermeiro. Posto o exposto, o enfermeiro parece ser o profissional mais capacitado para assumir essa função.

Analisando as competências, habilidades e atitudes do GF surge a seguinte definição: profissional de saúde proactivo, com conhecimentos específicos na área da

viabilidade tecidular que mobiliza competências e recursos disponíveis na otimização do cliente com ferida e sua família, capacitando-o para a gestão da sua situação de vida e saúde-doença, num sentido de parceria do cuidado e interdisciplinaridade.³

O GF poderá ser encarado como o defensor dos interesses do cliente em que se assume seu parceiro e advogado posicionando-se ao seu lado. O GF ao garantir todo o cuidado requerido por um cliente corresponsabiliza-se com ele no processo do cuidado.³ Pelo exposto, o GF sai para além da esfera do cuidado exclusivo da viabilidade tecidular, sendo que a ferida não é apenas uma lesão localizada na pele, mas sim um síndrome com impacto na qualidade de vida dos clientes, que envolve diminuição da mobilidade, dor, sofrimento, isolamento social pelo odor e exsudado, depressão, baixa autoestima e custos.³⁶

Entendemos que um alargamento a mais bases de dados, assim como a inclusão da totalidade dos artigos no processo de amostragem, mesmo aqueles cujo acesso é pago, poderia ter consolidado ou acrescentado outros resultados relevantes. A revisão no processo de amostragem a um só revisor também é por nós assumido como uma limitação do estudo.

Conclusão

A presente RIL demonstrou-se pertinente para colmatar a lacuna do conhecimento atual sobre as competências do GF e facilitar a compreensão do termo empregue. De acordo com os nossos objetivos de estudo, emergiram quatro domínios de competências do GF: cuidado, qualidade, liderança e gestão e a seguinte definição de GF: é o profissional de saúde proactivo, com conhecimentos específicos na área de viabilidade tecidular que mobiliza competências e recursos disponíveis na otimização do cliente com ferida e sua família, capacitando-o para a gestão da sua situação de vida e saúde-doença, num sentido de parceria do cuidado e interdisciplinaridade. O GF reconhece aos clientes a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito.³

O GF é elemento necessário para reduzir os riscos e custos, melhorar as taxas de cicatrização, resultados efetivos para os clientes e proporcionar cuidado especializado, contribuindo para o bem-estar do cliente com ferida.^{1,2,4,21}

Este estudo poderá trazer contributos para os clientes com feridas, através da identificação dos domínios de atuação e competências do GF as instituições podem adotar e formalizar

equipas compostas por estes elementos, enquanto agentes de mudança e promotores de boas práticas, com vista à melhoria contínua da qualidade do cuidado de enfermagem, obtenção de ganhos em saúde para o cliente portador de ferida e de valor para os cuidados de saúde.¹⁵ Torna-se necessário que o cuidado seja centralizado em equipas interdisciplinares, constituídas por GF e outros elementos importantes na satisfação das necessidades dos clientes com feridas.^{2,3,37}

Pretendemos no futuro que as competências que emergiram sejam analisadas por um painel de peritos em feridas e viabilidade tecidual em Portugal.

2- ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS SITUAÇÕES VIVENCIADAS...

Este capítulo visa analisar criticamente e refletir na e sobre a prática do cuidado. São descritas as atividades realizadas e comportamentos adotados para o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, durante os estágios. As competências podem ser entendidas como: atribuições; qualificações; traços ou características pessoais; comportamentos ou ações.¹⁹

No sentido de integrar uma *enfermagem avançada*², apropriei-me das teorias de enfermagem, mobilizei competências já adquiridas e agreguei novos conhecimentos, provenientes da investigação e partilha com os orientadores.

O objetivo geral e transversal aos estágios foi desenvolver competências éticas, deontológicas, relacionais, científicas e técnicas no cuidado especializado na assistência ao cliente adulto/idoso e família. Cada módulo proporcionou-me um contexto de atuação diferente, correspondente a cada subcapítulo, isto porque não basta um único ambiente para se adquirir determinada competência.⁶ No módulo III o cliente em situação de saúde-doença no domicílio. No módulo II o cliente em situação crítica e/ou falência orgânica numa unidade de queimados. No módulo I o cliente em situação urgente e/ou emergente em SUG e VMER. Como os módulos são não precedentes entre si, serão apresentados por ordem cronológica, em que primeiro subcapítulo corresponde ao módulo III.

Os objetivos específicos delineados para cada módulo assim como a escolha do campo de estágio, tiveram em conta não apenas o diagnóstico e a assistência em face das respostas dos clientes às transições vividas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, mas também o processo de saúde-doença do cliente com ferida. A escolha desta temática advém de ser mestre em feridas e viabilidade tecidual, ter um carinho especial pela área, facilidade em mobilizar as competências já assimiladas e ambicionar expandir o meu leque de contextos do cuidado ao cliente com ferida (domicílio, unidade especializada e urgência).

2.1 Numa Unidade de Hospitalização Domiciliária

A escolha deste campo de estágio primeiramente prendeu-se pela visão, missão, valores e estratégia de qualidade da instituição a que pertence. É um hospital de referência para a área de abrangência e, em algumas áreas, para o sul do País. Assume o cuidado de saúde

diferenciado à população dos concelhos de abrangência e desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós graduada, de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas. Os valores promovidos são: colocação do cliente do universo do cuidado de saúde; cumprimento dos padrões de ética no exercício da atividade hospitalar; equidade no acesso e do cuidado de saúde; promoção da saúde e qualidade; conservação do património e proteção do meio ambiente; e eficiência na utilização dos recursos. Integra na sua missão o desenvolvimento de atividades de melhoria contínua de qualidade, bem como o seu reconhecimento externo, através da acreditação. O Sistema de Gestão da Qualidade suporta e dá continuidade às atividades, planeamento, liderança e envolvimento dos profissionais na melhoria contínua da qualidade do cuidado e segurança dos clientes, assente em programas para avaliar sistematicamente estruturas, processos e resultados, sendo sua finalidade a obtenção da excelência do cuidado em saúde. É desde 2011 hospital acreditado pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), um dos organismos internacionais de maior prestígio na área da Qualidade em Saúde, ao abrigo do Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde do CHKS.²⁰

Dentro da instituição, a UHD e UFCC, despertou o meu interesse não apenas pelos clientes apresentarem situações de saúde-doença complexas, possibilitando o desenvolvimento de competências de especialista na vertente da enfermagem médico-cirúrgica, mas pela UHD ser um projeto piloto do Ministério da Saúde. Também enquanto profissional ambicionava aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no cuidado em domicílio. Neste contexto, a promoção do autocuidado pode ser adaptada às reais necessidades do cliente e sua família e o ambiente é autêntico onde o cliente cresce, se desenvolve, vive e sofre.

As UFCC e UHD são duas unidades distintas que trabalham em sintonia no mesmo espaço físico.

A UFCC é um serviço que funciona há largos anos e tem como missão contribuir para o melhor nível possível de saúde e bem-estar dos indivíduos que necessitem de continuidade do cuidado de saúde, oferecendo-lhes um serviço de qualidade que lhes permita permanecer no seu domicílio ou a ele regressar sempre que o internamento não seja imprescindível, ou seja, com alta médica, mas que necessitam de continuidade do cuidado de enfermagem. Esta unidade tem como principais objetivos reduzir a duração do internamento, melhorar o planeamento de altas, minimizar a procura do serviço de

urgência, manter o indivíduo sempre que possível no seio da família, promover a circulação de informação entre os cuidadores, promover uma correta articulação entre os vários intervenientes da rede de suporte e envolver a família e a rede informal no cuidado.

A UFCC privilegia clientes que necessitem de mais do que uma visita domiciliária e que se enquadrem na seguinte tipologia: acompanhados pela Unidade de Dor e a carecer de acompanhamento domiciliário; em Cuidados Paliativos; em situação crónica ou complexa e/ou geriátrica e/ou com níveis de dependência importantes para o autocuidado; em situação de doença aguda ou crónica agudizada, que podendo ter alta, poderá continuar a realizar terapêutica endovenosa (medicamentos de uso hospitalar), terapêutica parentérica e/ou tratamentos de alguma complexidade, no domicílio; referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a aguardar vaga no domicílio.

A UFCC assegura uma resposta aos seus clientes todos os dias do ano entre as 07:00 e as 23:00h. De forma a dar uma resposta imediata às solicitações, pedidos e/ou situações emergentes, a equipa de enfermagem disponibiliza aos seus clientes um contacto telefónico direto durante o período de funcionamento.

A UHD inaugurou em 2015, assenta num modelo de assistência hospitalar do cliente agudo e crónico agudizado de patologia complexa, que se caracteriza pelo cuidado em domicílio. O funcionamento da UHD fornece atendimento disponível 24 horas por dia, uma equipa interdisciplinar constituída por médicos (Medicina Interna), enfermeiros cuidados gerais e especialistas (Reabilitação, Médico-cirúrgica e Comunitária), técnicos de reabilitação, assistente social, farmacêutica e nutricionista. A admissão é de carácter voluntário após preenchimento de consentimento livre e esclarecido que assegura visitas domiciliárias diárias ou consoante o que a condição clínica exigir e acesso direto aos meios complementares de diagnóstico necessários. A unidade também assegura a gestão e fornecimento da terapêutica do cliente, acesso direto ao internamento em meio hospitalar em caso de modificação da condição clínica e certifica-se da transição progressiva para os cuidados primários antes da alta hospitalar, promovendo a articulação precoce entre a instituição e Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de referência. Esta unidade tem uma ocupação de 12 camas, com máximo de 3 visitas diárias. Os critérios de inclusão são: doença aguda/crónica agudizada e comorbilidades controláveis no domicílio; existência de um cuidador; o cliente estar informado e voluntariamente aceita a hospitalização domiciliária; não ter patologia psiquiátrica aguda ou usuário de

drogas; residente na área de influência, não distanciando mais de 30 Km ou 30 min; e condições de habitabilidade mínima.

A UFCC e UHD dispõem de uma viatura transformada e adaptada às suas atuações, para que as mesmas sejam realizadas com segurança e fiabilidade e outra a aguardar modificação.

Este módulo III é escolhido pelo estudante considerando o seu projeto de aprendizagem e foi desenvolvido de 24 de abril a 26 de junho de 2017, num total de 180 horas de contacto.

Além do objetivo geral transversal aos estágios, estabeleci como objetivos específicos: “Desenvolver competências no cuidado especializado ao cliente e família em ambiente domiciliário”, “Contribuir para a qualidade do cuidado ao cliente com ferida complexa” e “Contribuir para a melhoria do cuidado ao cliente e família na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde”.

O primeiro objetivo específico surge na medida em que ambicionava evidenciar um nível de aprofundamento de conhecimentos sobre o cuidado aos clientes e famílias em ambiente domiciliário, demonstrar competências e tomar decisões fundamentadas, enquanto estudante da especialidade Médico-Cirúrgica.

De forma a atingir este objetivo foi imprescindível a integração na equipa, que foi bastante rápida, fruto da excelente receção de todos os profissionais e o limite temporal de estágio assim o exigia. O conhecimento da dinâmica organizacional e da equipa interdisciplinar constituiu um desafio, visto se tratar de uma realidade bem diferente das vivenciadas até ao momento.

Os conhecimentos que advém do percurso académico que fiz até este momento conjugados com a experiência profissional desenvolvida ao longo dos 8 anos de profissão, tendo passado por vários contextos, foram fundamentais para conseguir adequar o cuidado e priorizar necessidades. O papel da Enfermeira Orientadora foi crucial para o desenvolvimento do pensamento reflexivo, levando-me a pesquisar acerca dos temas abordados, de modo a conseguir interligar todos os fatores que conduzem a um cuidado especializado ao cliente em contexto domiciliário.

Foi um grande desafio conseguir afastar-me do cuidado estandardizado que muitas vezes realizo em meio hospitalar. No domicílio tudo ganha outra dimensão, passamos de

protagonistas a expectadores, de executores a parceiros no alcance de altos níveis de bem-estar no mundo do recetor do cuidado.

Aprendi que nas primeiras visitas importa muito mais ouvir o cliente, os seus medos, expectativas para o tratamento do que debitar ensinamentos ou recomendações. Antes de iniciar o processo de aprendizagem, os educadores devem ativar a motivação, e ajudar o cliente a mantê-lo durante todo o processo.²¹ Este contexto é propício a traçar um plano para e com o cliente, traçando as metas em comum pois estamos no seu ambiente.²¹ Foi interessante consciencializar-me nos benefícios que esta aprendizagem poderá assumir no meu cuidado diário em contexto hospitalar.

Por vezes tive de colocar para segundo plano o que a evidência recomenda, por exemplo com Sra. MS com úlcera de etiologia venosa no membro inferior e edema acentuado, não conseguimos aplicar a Terapia Compressiva (TC), pois cada vez que chegávamos a casa já a tinha retirado “não aguentei o calor” (SIC). A literatura indica que a chave do tratamento é avaliação global do cliente, cuidado local à úlcera e pele circundante e aplicação da TC.²² A TC assume um papel fundamental na taxa de cicatrização das úlceras venosas, sendo que a taxa de cicatrização pode triplicar com a sua aplicação.^{22,23} Apesar do alto nível de evidência sobre a TC, ao fim de várias tentativas deixámos de aplicar e a estratégia para reduzir o edema foi incentivar a Sra. MS a deitar-se na cama pelo menos dois períodos do dia e o exercício, de modo a promover o retorno venoso. Conseguiu-se alcançar os resultados propostos em conjunto, como a diminuição do edema e aumento da mobilidade da Sra. MS em que a ferida foi gradualmente cicatrizando.

Ao longo do estágio tive que aprender a gerir expectativas e pensar que há famílias que não conseguem mudar hábitos, e que pequenas mudanças comportamentais tem que ser consideradas vitórias e não batalhas perdidas, por exemplo quando cheguei a casa do Sr. JL e verbalizou “já não há risco de eu cair, tirei os tapetes que não faziam falta dos locais de passagem” (SIC), posso concluir que apesar de muitas outras alterações que aquela habitação necessitava, pelo menos com adoção deste comportamento consegui reduzir o risco de queda.

Este campo de estágio fez-me estar desperta para as reais condições habitacionais dos clientes. Muitas vezes no meu campo profissional penso capacitar para a alta, em que falo de materiais e equipamentos, sem me questionar se pelo menos aquele cliente terá saneamento básico. Os ensinamentos que muitas vezes estou a “debitar” não se adequam, não

capacitam o cliente porque o seu ambiente não tem as condições necessários para adotar as intervenções sugeridas. Com esta experiência fiquei sensibilizada para o contexto familiar e social do cliente, explorar o seu ambiente, encaminhamentos necessários e referência para os cuidados de saúde primários. Também no domicílio desenvolvi constantemente as competências descritas no guia de estágio da Universidade Católica Portuguesa “*Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização*” e “*Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização*”²⁴, porque a cada visita deparamo-nos com contextos diferentes que exige do enfermeiro intervenções efetivas com os recursos disponíveis. Por exemplo, o enfermeiro tem de preparar a família para aquela nova condição e processo de transição, assim como cuidar num ambiente onde a sala de estar se transforma numa unidade do cuidado, o suporte de soro é um clip, onde o gelo são ervilhas, onde o sofá se torna cama e a cadeira de rodas é cadeira de escritório.

Ao longo do estágio fui passando por diversas situações que me fizeram pensar, crescer e evidenciar um nível de aprofundamento de competências. Seguidamente descrevo um exemplo com as intervenções realizadas, conciliando a evidência com a teoria de enfermagem, de modo a elucidar as competências desenvolvidas explanados no guia de estágio da Universidade Católica Portuguesa.²⁴

Passo a relatar uma experiência, o Sr. JP ficou internado na UFCC para continuidade do cuidado pela equipa de enfermagem devido ao défice do autocuidado com fistula enterocutânea, resultante de uma cirurgia abdominal. O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos clientes em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar.²⁵ O autocuidado representa uma base teórica para as intervenções educacionais, educativas, cognitivas e comportamentais, envolvendo o planeamento de atividades de aprendizagem que aumentem os conhecimentos do cliente no momento de tomar decisões, decorrente da transição à sua nova condição de saúde.²⁶ As minhas intervenções foram planeadas no sentido de promover adaptação à nova condição de saúde que era geradora de dependência no autocuidado²⁶, desenvolvendo as competências “*Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica*” e “*Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de*

especialização”.²⁴ Vários fatores têm contribuído para a importância do autocuidado como foco de atenção no domínio da saúde, desde a prevalência de doenças crônicas associadas ao envelhecimento, a mudança de paradigma muito mais vocacionada para a promoção da saúde, a contenção de custos passando o ambiente ideal do cuidado a ser o domicílio e como tal é necessário capacitar os cuidadores, assim como os clientes têm maior acesso à informação, tornando-se mais capazes de tomar decisões sobre a sua saúde e com envolvimento mais ativo e motivador para a sua recuperação.²⁶

Na primeira visita percebi que o cliente não tinha limitações físicas, apenas necessitava de um sistema de Apoio – Educação²⁶, ou seja, apoio, orientação e instrução da parte da equipa de enfermagem para o exercício e desenvolvimento das atividades do autocuidado com a sua fístula, implicando o uso de sacos colostomia, assim avaliei “(...)a *adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada*”.²⁴ O Sr. JP era capaz de realizar e aprender as tarefas exigidas com terapêuticas do autocuidado orientadas, mas não podia fazê-lo sem assistência. Estratégias sólidas para capacitar nestas situações, incluem combinações de apoio, orientação, ambiente facilitador de desenvolvimento e aprendizagem.²⁶ O Sr. JP já possuía determinados conhecimentos adquiridos no hospital, mas necessitava de instrução e treino para manusear o saco de colostomia. Esse era sem dúvida o core de atuação, sendo o maior evento gerador de ansiedade e o objetivo de vida do Sr. JP naquele momento era que a placa ficasse bem adaptada para não haver fugas e conseguir sair de casa. Neste caso o Sr. JP passava por uma transição com um *padrão* complexo, a dependência no autocuidado em gerir a troca dos sacos de colostomia e em simultânea alteração do seu estilo de vida, em que não saía de casa. As transições têm um conjunto de *propriedades* comuns. Estas propriedades englobam a *consciencialização*, o Sr. JP demonstrou percepção da sua transição quando refere incapacidade de trocar o saco de colostomia e de sair de casa, acrescentou que queria participar do seu plano do cuidado, demonstrando *envolvimento*. O Sr. JP apresenta uma transição de saúde-doença, que envolve *mudança e diferença* porque o Sr. JP quis adaptar-se à sua nova condição de vida.²⁷ Outra propriedade refere-se ao *período de transição*, ou seja, estas são determinadas ao longo do tempo, pelo período da experiência vivenciada, naquele momento o Sr. JP estava a meio da sua adaptação. A última propriedade refere-se aos *pontos críticos e eventos*, as transições relacionam-se com acontecimentos marcantes neste caso diagnóstico da doença que submeteu o Sr. JP a uma fístula enterocutânea. As

transições são influenciadas por um conjunto de fatores *pessoais, comunitários e sociais* facilitadores ou inibidores dessas mesmas transições. Os fatores facilitadores eram a sua capacidade cognitiva e física para participar, detentor de alguns conhecimentos e o ambiente do cuidado ser a sua casa apresentando capacidades financeiras. No entanto, como fatores inibidores tinha o significado negativo contra o evento “nunca me vou adaptar a isto” (SIC) e o facto de a esposa não querer participar no processo. Gerimos em conjunto prioridades, primeiramente conseguimos que o saco de colostomia não tivesse fugas, o que devido à sua localização não era fácil. Atingido esse objetivo pretendíamos que o Sr. JP fosse capaz de manipular e trocar o saco de colostomia, deste modo desenvolvi “(...) *uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*”.²⁴ Ao fim de várias visitas domiciliárias, em que nos primeiros dias tínhamos de fazer duas visitas por dia, alcançamos aos poucos os *indicadores de processo*, a placa de ostomia permaneceu 4 dias e o Sr. JP foi à rua comprar o jornal. Aquando dos ensinamentos incentivei o Sr. JP a colaborar no planeamento dos objetivos e horários a implementar, o ponto de partida foi do que o Sr. JP já conhecia, para o que desconhecia, escrevi todos os passos num papel, utilizei uma linguagem simples e adequada, dividi o ensino em parcelas para promover a aprendizagem, pedi para repetir a mensagem transmitida e gradualmente foi executando²⁸, deste modo demonstrei “(...) *conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura*” e incorporei “(...) *na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*”.²⁴ A esposa recusou aprender, no entanto manteve-se sempre presente pelo que foi envolvida no plano do cuidado, que teve por base a parceria, a partilha de ideias entre os elementos e a avaliação sistemática das intervenções de enfermagem, de forma a induzir alterações, caso os resultados não fossem os esperados. Os *indicadores de resultado* foram sendo alcançados o Sr. JP ficou autónomo na colocação do sistema de duas peças, limpeza da fístula, no cuidado com a pele circundante e restabeleceu os seus hábitos de vida, conferindo-lhe a *mestria e integração fluída na nova identidade*.²⁶ A percepção de autoeficácia e a demonstração por parte do cliente na execução das intervenções que dão respostas aos seus problemas, podem ser indicadores de uma transição saudável face à necessidade de mudança²⁶, assim produzi “(...) *um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com se depara*”²⁴. Contudo, foi feita a referenciação para os cuidados de saúde primários para assegurar a continuidade do cuidado para que o cliente e esposa

se sentissem mais seguros. Todas as intervenções executadas e resultados alcançados foram registado no SClinic®. Igualmente desenvolvi as competências no domínio do cuidado do GF, quando cuido do cliente com alterações da integridade cutânea e na minha tomada de decisão clínica e ética incorporo o cliente e esposa como parceiros.

Outro exemplo é o do Sr. P com uma lesão na região testicular (gangrena de Fournier) em que parte do cuidado dependia da lavagem eficaz com água morna (36/37°C) e sabão (Ph ácido), tentei encontrar uma solução uma vez que a sua filha expressava dificuldade em fazer a lavagem. Observei a casa de banho e percebi que sentando o Sr. P na sanita puxando o chuveiro da zona do duche, a filha conseguia fazer a lavagem eficiente e prática após cada eliminação vesical e intestinal, ou seja, com as condições disponíveis qual a melhor forma de dar resposta ao problema encontrado. A filha acrescentou “bem visto enfermeira, muito melhor assim” (SIC). Com esta experiência supracitada desenvolvi a competência “*Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização*”.²⁴

Tive a oportunidade de contactar com uma estudante da licenciatura de enfermagem em que o meu papel foi de apoio, partilha de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas, apelando sempre para a reflexão conjunta. Pode-se identificar duas perspetivas de desenvolvimento da investigação em supervisão: uma perspetiva educacional e uma perspetiva administrativa.²⁹ Neste caso é educacional, em que a supervisão é direccionada para a aprendizagem dos estudantes, onde o contexto real de trabalho dos enfermeiros é um espaço insubstituível para a integração de conhecimentos e para a aquisição de saberes práticos e processuais.²⁹ O supervisor não é aquele que apenas transmite saber mas aquele que motiva, facilita e estimula e que é conselheiro, orientador e companheiro, para além de lhe ser reconhecida aptidão e honestidade na sua postura profissional.³⁰ Deste modo, desenvolvi a competência de “*Exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização*” e “*Colabora na integração de novos profissionais*”²⁴, porque a estudante ia-me colocando questões e solicitou várias vezes a minha colaboração.

O segundo objetivo foi contribuir para a qualidade do cuidado ao cliente com ferida complexa, através de uma proposta de mudança da folha de registo na UFCC. Para avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem deve fazer-se a monitorização da evolução da ferida. É necessário escolher um método fiável e seguro que possibilite continuidade do cuidado, baseado em dados fidedignos.³¹ Consensos internacionais para o cuidado com o cliente com ferida recomendam que a avaliação seja no mínimo semanal, por meio de um

instrumento padronizado.³² Esta atividade surge porque a UFCC ainda tinha o processo clínico manuscrito, com uma folha de registo de feridas e úlceras não baseada numa escala validada para Portugal e impossível de extrair dados. Para elaborar a folha de registo para a UFCC procurei as diferentes escalas de avaliação e monitorização de feridas validadas para Portugal, comparei as escalas com o sistema de registo (SClinic®) utilizado na UHD e verifiquei que a escala era a RESVECH 2.0. Deste modo, elaborei uma folha de registo para a UFCC baseada na escala utilizada no SClinic®, para uniformização dos registos, melhorar o aspeto gráfico da folha existente, recorrendo ao léxico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) e ser possível a recolha de dados e comparação dos mesmos. É importante a utilização de instrumentos válidos e confiáveis que proporcionem o “intercâmbio de informações na comunidade científica e a comparação dos resultados em diferentes países”.^{33:830} A escala RESVECH foi criada em 2010 e tem como objetivo medir o processo de evolução para a cicatrização em feridas crónicas, esta ferramenta avalia a componente física, nos primeiros oito itens, e a componente psicológica, através da avaliação da frequência da dor.³³ Após alguns dias de trabalho, elaborei uma folha de registo para que ficasse perceptível e útil e foi apresentada a toda a equipa de enfermagem (ver Apêndice III), onde obtive várias sugestões de melhoria e adaptei às solicitações pedidas. No final do estágio, a escala de registo ficou disponível para o serviço e foi aceite para posterior aprovação, deixando desta forma contributos e permitindo aos enfermeiros darem continuidade ao processo de aplicação do instrumento e testar as suas funcionalidades. Com esta atividade fortaleci as seguintes competências “*Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*”, “*Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas*”, “*Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*” e “*Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização*”.²⁴ Também com esta atividade promovi competências no domínio da qualidade e liderança enquanto GF, como agente de mudança elaborando uma folha de registos baseada em evidência, contribuindo para a investigação com a recolha de dados e continuidade do cuidado.

De modo a que o serviço obtenha taxas de incidência e prevalência das feridas, caracterização pela tipologia e topologias das lesões, cicatrização das feridas pela escala RESVECH 2.0 e o tratamento mais utilizado, elaborei uma base de dados eletrónica,

recorrendo ao programa informático Microsoft Excel com indicadores epidemiológicos (ver Apêndice IV). Esta atividade surge para “*Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização*” e “*Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*”²⁴ na área do cuidado ao cliente com ferida e também porque a população alvo destas unidades têm na sua maioria alterações da integridade cutânea. Foi realizado ensino sobre o preenchimento da base de dados elaborada e incentivo ao registo mensal, de forma a obterem o relatório com dados e extraírem resultados das suas efetivas intervenções. Os dados colhidos podem ser utilizados de modo a contribuir para o programa de melhoria contínua da qualidade do cuidado de enfermagem. Como explanou a nossa RIL o GF deve implementar métodos de recolha e tratamento de dados, disseminar essa competência e envolver outros elementos da equipa nesta atividade, assim desta forma desenvolvi a competência do domínio da qualidade.

No sentido de continuar a contribuir para melhorar a qualidade do cuidado ao cliente com ferida complexa, elaborei uma ferramenta de apoio à tomada de decisão do enfermeiro (ver Apêndice V). Adaptei o material de pensos disponível nas unidades e utilizado pela equipa ao acrónimo TIME (T= Tecido, não viável ou deficiente; I= Infecção ou Inflamação; M= Exsudado em desequilíbrio; E= Bordos da Ferida, não avançam ou parados), que permite aos enfermeiros determinar e considerar os motivos para o atraso na cicatrização e reiniciar o processo cicatricial através da remoção de barreiras à sua evolução favorável.^{34,35} Os autores desta abordagem dão ênfase na prática baseada em evidência bem como o cuidado alicerçado no cliente como um todo e não apenas na lesão a tratar.^{34,35} Através da orientação de que material de pensos usar considerando as fases de cicatrização, é possível nortear a tomada de decisão e também a reduzir os custos. Para desenvolver esta atividade fui aos serviços farmacêuticos perceber todo o material de pensos existentes na instituição e procurar informações sobre as características de cada opção terapêutica. A ferramenta foi analisada em conjunto com enfermeiro Gestor de serviço e Enfermeira Orientadora e afixada no armário do material de pensos. Uma vez que o serviço vai mudar de instalações, foi-me pedido para contribuir na organização do armário do material de pensos no novo espaço. Com este exemplo desenvolvi a competência de relação custo-eficácia no domínio da gestão, em que na escolha dos apósitos considerei não necessariamente o mais barato, mas sim, o mais eficaz e com implicações para a qualidade de vida do cliente, considerando reduzir o custo a longo prazo.

Durante o estágio participei como organizadora e formadora do evento “Escola de verão da Elcos”, sobre a úlcera de perna pelo que divulguei na UFCC e UHD de modo a “Promover a formação em serviço na sua área de especialização”²⁴. Considero que desenvolvi a competência mencionada, porque estiveram presentes na formação dois elementos da equipa de enfermagem.

Apesar das competências que já possuía no cuidado ao cliente com ferida, considero que foi enriquecedor este campo de estágio pois proporcionou-me diversas experiências nesta área, como por exemplo o cuidado ao cliente ostomizado, em que foi necessário desenvolver a criatividade na interpretação e resolução de problemas. Também as pesquisas realizadas sobre as escalas e todo o percurso realizado até à concretização da folha de registo, base de dados eletrónica para tratamento de dados, assim como as idas aos serviços farmacêuticos e armazém perceber como processa a aquisição do material de pensos na instituição hospitalar, deu-me possibilidade de aprimorar competências como estudante Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e GF.

O último objetivo específico foi “Contribuir para a melhoria do cuidado ao cliente e família na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde através de uma proposta do cuidado a ter com a mala visitação domiciliária”. Na cultura de segurança do cuidado de saúde que se vem tentando desenvolver nos últimos anos, esta é particularmente de difícil mudança porque visa a alteração de comportamentos. No futuro que é já hoje, vivemos situações problemáticas e de suma importância, com repercussão grave para as gerações futuras. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, visa atingir vários objetivos estratégicos, sendo o nono, “Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos”.³⁶ Assim sendo, o desafio, no futuro, é conseguir implementar projetos e medidas efetivas na deteção dos riscos provenientes da assistência e, conseguir, por outro lado, sem o peso do caráter negativo, desenvolver e implementar novas estratégias, mais precoces e moldadas às características da envolvência que implica hoje a assistência no cuidado de saúde. Neste sentido, apercebi-me que da Mala de Visitação Domiciliária (MVD) podia ser um fator de risco em que a sua manipulação e descontaminação são fundamentais para prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde e a MVD podia ser um veículo da infeção cruzada.^{37,38} Segundo vários autores, a MVD poderá estar contaminada com diversos microrganismos.³⁹⁻⁴² A MVD é uma estrutura onde se encontra um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais importantes para o cuidado domiciliário,

usada diariamente pelos enfermeiros da UFCC e UHD. Para atingir este objetivo realizei uma RIL, em que após análise das publicações e normas achadas, elaborei uma norma de procedimento setorial (ver Apêndice VI) com intervenções sobre a prevenção da contaminação e descontaminação da MVD, de forma a justificar as intervenções com evidência consistente, que ficou disponível para o serviço. Assim desenvolvi as competências “*Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*”, “*Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização*”, “*Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência*” e “*Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*”.²⁴ Para complementar esta atividade, fui ao departamento do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da instituição onde discuti ideias e esclareci dúvidas sobre os produtos de limpeza e o método de limpeza da mala. Procurei MVD disponíveis no mercado e contactei o fabricante da mala existente no serviço, para saber as recomendações da marca sobre a descontaminação. Articulei-me com o responsável da lavandaria hospitalar para perceber se era possível a lavagem da mala na lavandaria, uma vez que a evidência recomendava realizar a lavagem na máquina de lavar. Discuti a norma setorial com Enfermeira Orientadora, gestão de serviço e equipa, onde obtive sugestões de melhoria e fiz as respetivas alterações, desta forma “*Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas*” e “*Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*”.²⁴ Sugeri o estudo microbiológico ambiental para identificar os microrganismos na mala e auditorias internas para um diagnóstico preciso, deste modo “*Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral*”.²⁴ Este objetivo foi fundamental para o desenvolvimento de competências e articulação das que já possuía na área do controlo de infeções com o novo contexto encontrado, o domicílio, sendo as infeções associadas aos cuidados de saúde uma componente essencial enquanto especialista na área Médico-cirúrgica.

Fui convidada pela Enfermeira Orientadora para elaborar um poster e apresentar no primeiro congresso “25anos de enfermagem – contextos e desafios” da instituição. O tema do poster foi sobre trabalho desenvolvido na norma setorial elaborada, titulado “Mala de

Visitação Domiciliária: Prevenção da Contaminação e Descontaminação” (ver Apêndice VII). Uma vez que neste evento estavam presentes os membros do PPCIRA foi parabenizado o trabalho e feito o convite para expor o poster na instituição no dia mundial da higiene das mãos.

Considero que não poderia ter feito melhor escolha em relação ao campo de estágio, pois aprendi e mobilizei diversas competências, cresci e trouxe contributos para a minha prática profissional.

2.2 Numa Unidade de Queimados

Este módulo foi desenvolvido num Centro Hospitalar de Lisboa (CHL), que tem por missão o cuidado de saúde diferenciado, em articulação com as demais unidades. Assegura a cada cliente o cuidado que corresponda às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade do cuidado. É um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência. Nesta instituição, promove-se o desenvolvimento profissional através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito bem como, uma política de formação contínua. O reconhecimento por parte de entidades externas idóneas dos progressos obtidos em matéria de controlo, garantia e melhoria da qualidade, nos quais se inserem a certificação e a acreditação da qualidade²⁰, é um dos objetivos do seu programa de melhoria contínua, tendo sido certificado todos os departamentos do CHL pela CHKS em de 2016.

A escolha deste campo de estágio resultou das características da sua unidade hospitalar, mas também na combinação no desenvolvimento de competência na área do cliente crítico e/ou em falência multiorgânica com alterações da integridade cutânea (queimadura). Este módulo II é referente aos Cuidados Intensivos e Intermédios para adultos, foi realizado numa Unidade de Queimados de 1 de setembro a 26 de outubro de 2017, num total de 180 horas de contacto distribuídas por horário de *roulement*, turnos de manhã, tarde e noite.

A Unidade de Queimados conta com mais de duas décadas de existência, é especializada no atendimento do grande queimado adulto, prestando-lhe o cuidado de médio e alto risco. A missão da unidade é o tratamento intensivo do cliente queimado, visando prevenir todas as complicações inerentes ao estado grave destes, nomeadamente o controlo da infeção, prevenção da insuficiência renal, tratamento local e precoce com cirurgias atempadas e apropriadas usando todos os meios disponíveis para isso, como pele de cadáver, membrana amniótica, outros substitutos cutâneos, suporte alimentar adequado, etc., prevenindo a falência multiorgânica e a morte. Visa também a recuperação socioprofissional e familiar o mais breve possível. Esta unidade especializada é integrada no Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

A unidade tem uma dinâmica própria, é fechada e restrita à entrada de objetos e de pessoas, visando a prevenção e controlo da infeção e é constituída por uma equipa interdisciplinar. Tem um fluxo de ar, que cria pressões positivas de zonas limpas para as zonas menos limpas, com uma temperatura ideal e humidade relativa de 50 a 60%.

A área de internamento tem um formato de L e é composto por uma enfermaria com 4 camas e 4 quartos de isolamento, tendo 3 deles antecâmara. A lotação é de 8 clientes e o rácio máximo de 2 clientes por enfermeiro. É também constituído por uma sala de transfer, sala de admissão/ressuscitação, bloco operatório e sala de balneoterapia (banhos e tratamentos).⁴³ As unidades de queimados atualmente são todas de nível III, maior nível de diferenciação de cuidado intensivo, em que o rácio deverá de 1/2 clientes por enfermeiro.⁴⁴ Nesta unidade, os 4 quartos de isolamento estão preparados para receber clientes com nível de cuidado II e III, com monitorização hemodinâmica e/ou com falência de apenas um órgão, requerendo suporte farmacológico e substituição da sua função e com falência múltipla de órgãos com risco de vida iminente, dependentes de suporte hemodinâmico, assistência ventilatória ou técnicas de substituição renal, respetivamente. A enfermaria 4 clientes de nível I, com monitorização de parâmetros vitais de forma contínua, para vigilância pós-operatória ou em risco de desenvolver falência de órgãos.⁴⁵

De acordo com os dados disponíveis, as necessidades atuais de camas de queimados em Portugal são cerca de 15-20 camas para cuidados especiais, incluindo ventilação mecânica e monitorização invasiva, para adultos.⁴³ Sendo que em Portugal existem 5 unidades especializadas distribuídas por 3 Administrações Regionais de Saúde (Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo).⁴⁴

O primeiro objetivo delineado para este campo de estágio foi “Desenvolver competências no cuidado especializado ao cliente em situação crítica e família, numa Unidade de Queimados” é imprescindível pois é no campo de ação que conseguimos fortalecer as competências.⁶ Ambiciono evidenciar um nível de aprofundamento de conhecimentos sobre o cuidado ao cliente em situação crítica que sofreu queimadura, intervenções e procedimentos mais realizados neste contexto, demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e tomar decisões fundamentadas enquanto estudante da especialidade.

Como referi no módulo anterior a integração é fundamental para que este objetivo seja atingido. Mais uma vez fui extraordinariamente bem acolhida por toda a equipa de saúde, o papel da Enfermeira Orientadora foi crucial para me sentir menos melindrada neste intenso processo de aprendizagem. No entanto, pela especificidade da unidade e visto se tratar de uma realidade bem diferente das vivenciadas até ao momento, senti que a integração foi mais demorada. A minha atenção esteve muito centrada para o conhecimento das rotinas do serviço, integração na equipa interdisciplinar, na fundamentação das intervenções e desenvolvimento de competências técnicas, não me deixando tão disponível para demonstrar conhecimentos e intervenções especializadas na área da comunicação. Após a avaliação intermédia tomei consciência da necessidade de investir e evidenciar o desenvolvimento de competências nessa área.

Este estágio destinou-se à aprendizagem do cuidado especializado ao cliente crítico e sua família, no entanto como é uma unidade que abarca os vários níveis de cuidado de I a III, só a meio do estágio se proporcionou contactar com clientes com necessidade de cuidado nível III. Experimentei que a qualquer momento a unidade pode mudar de tipologia de clientes, com maior grau de gravidade e instabilidade hemodinâmica, porque se um grande queimado necessitar do cuidado na unidade, os clientes presentes são transferidos para o internamento de cirurgia plástica e reconstrutiva. Quando admiti clientes na unidade de queimados, preparei a unidade e avaliei se a higienização tinha sido bem efetuada, se os equipamentos estavam montados e funcionantes. Uma das vezes detetei que o aspirador não estava montado pelo que pedi à assistente operacional que o fizesse, fiz o banho terapêutico e o cuidado à queimadura, tracei um plano do cuidado, geri prioridades e desenvolvi trabalho em equipa interdisciplinar. A Enfermeira Orientadora esforçou-se para me proporcionar o máximo de aprendizagens possíveis,

atribuindo-me os clientes que careciam de um cuidado mais especializado ou de balneoterapia, de forma a estar presente no tratamento à queimadura.

Tendo em conta a complexidade dos clientes que sofrem de queimaduras e as suas famílias no que se refere ao controlo da dor, ansiedade, alteração da integridade cutânea e o desconhecido encontrado sobre balneoterapia, alimentação e posicionamentos do cliente queimado, abordagem e cuidado às queimaduras, infeção e biofilme na queimadura e terapia compressiva no cliente queimado, senti necessidade de aprofundar conhecimentos. Foi importante fazer pesquisas nas associações Burns & Trauma, American Burns Association, European Burns Association, Sociedade Brasileira de queimados, Revista Brasileira de queimaduras, normas da DGS e motor de busca EBSCO para desenvolver a competência *“Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*.²⁴

Esta unidade proporcionou-me adquirir uma vasta experiência na área da Gestão de Programas da Qualidade, pela própria organização da unidade, no cumprimento de normas, na elaboração e organização das normas setoriais, pelo rácio enfermeiro/cliente, pela preocupação constante com a prevenção e controlo de infeção, as restrições com o exterior, na limpeza e desinfeção das salas e unidades dos clientes e no programa interno de formação.

Tendo em conta o espaço físico, material disponível, o rácio de enfermagem e as condições encontradas consegui fazer a colocação dos clientes, respeitar a “bolha” do cliente, cumprir integralmente com os 5 momentos de higiene das mãos pois o solução antisséptica de base alcoólica estava localizado na cama de cada cliente e na unidade, utilizei sempre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no contacto com o cliente, fiz práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, descontaminei o equipamento clínico com álcool a 70% sempre que retirava do quarto do cliente e apenas o material que não podia ser individualizado, preocupei-me com o controlo ambiental, manuseei de forma segura a roupa com colocação da roupa em contentor próprio sempre que era mudada e fiz a separação de resíduos hospitalares, ou seja, pela existência de recursos é plausível aplicar e incorporar na prática os resultados da investigação científica.³⁸ O controlo de infeção nesta unidade assume elevada importância porque os clientes perdem a sua primeira linha de defesa - a pele e aqueles com mais de 20% da superfície corporal queimada são considerados imunocomprometidos, necessitando de isolamento de precauções de proteção.⁴⁶

Passo a descrever uma experiência como exemplo no desenvolvimento de competências. O Sr. AG tinha dado entrada no turno anterior na unidade por queimadura elétrica com 27% de superfície corporal queimada num poste de alta tensão, resultando queda com várias fraturas. Após a passagem de informação oral foi discutido em equipa parte do plano do cuidado, uma vez que o Sr. AG tinha cirurgia ortopédica recente, debatemos que cuidado a ter com os posicionamentos, vigilância e mobilização do membro. Antes de ir ao seu encontro e na organização e planeamento do cuidado, recolhi o máximo de informação disponível através do processo clínico. O Sr. AG apresentava-se compensado hemodinamicamente mas com risco de descompensação, possuía uma panóplia de instrumentos invasivos, como linha arterial. Uma vez não tendo experiência com esta técnica, verbalizei à Enfermeira Orientadora assumindo-me como iniciada.⁶ Remeti-me à função de colaboradora assimilando as aprendizagens necessárias para a atuação futura, mantive-me próxima, disponível e observadora.⁶ Inicialmente apresentem-me ao cliente, avaliei o que comprometia o seu conforto e despistei qualquer alteração, estado de orientação, sinais e sintomas com exame físico, sinais vitais, perfusões, alarmes e a unidade. Tive em consideração o cliente como a essência do processo do cuidado em todas as interações que ia estabelecer e as suas necessidades, centrando as minhas intervenções para a disponibilidade e compreensão, até porque tinha a informação prévia que o Sr. AG estava “apelativo” e “inquieto”. Assim expliquei-lhe sempre todos os procedimentos e cuidado que ia realizar, validando o seu consentimento e envolvendo-o sempre que possível. Foram realizadas as intervenções planeadas de modo a que o cliente atingisse o conforto, uma vez que estava comprometido pela dor, privação do sono, sede, fome, limitação do movimento devido à monitorização e administração de terapêutica e ansiedade.⁴⁷ O conforto é o resultado imediato e desejável da atuação de enfermagem, que quando conseguido produz um estado de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental do cliente.^{47,48} Mantive-me sempre em alerta de modo a fazer o menor ruído possível por ser o turno da noite, de forma a ser respeitado o padrão de sono do Sr. AG. Apercebi-me que os clientes que carecem de cuidados intensivos e intermédios têm vários diagnósticos de enfermagem, com diversos resultados esperados a serem atingidos e múltiplas intervenções, pelo que é fundamental o seu registo constante no sentido da continuidade do cuidado. Utilizei o sistema de informação e documentação de enfermagem (SCLinic®) para descrever todo o processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem reais e potenciais, resultados esperados, intervenções e avaliação final) sendo que os registos de

enfermagem documentam toda essa informação, importante nas questões legais, éticas, qualidade e continuidade do cuidado, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade das intervenções de enfermagem praticadas.⁴⁹ No final do turno, analisei a minha prestação e senti que a minha maior dificuldade foi na monitorização da pressão arterial invasiva e interpretação da linha e em manusear toda a parafernália de equipamentos, pelo que fui fazer uma pesquisa mais aprofundada sobre o tema linha arterial. No entanto, não considerei preocupante pois é um procedimento técnico que só se adquire com a prática, sendo que neste processo de aprendizagem importa ser pensante e não fazedor. Em síntese, o processo de enfermagem, a reflexão crítica e preocupação constante com o cliente estiveram sempre presentes no meu cuidado, formulei e analisei problemas de forma autónoma, sistemática e crítica. Com a descrição deste exemplo as competências mais desenvolvidas foram: *“Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”*, *“Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*, *“Reflete na e sobre sua prática, de forma crítica”*, *“Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada”*, *“Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”* e *“Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização”*.²⁴

Outro exemplo, na admissão do Sr. L. fiz o acolhimento e tive em consideração que o core das minhas intervenções eram o cliente e o respeito pela sua essência, ou seja, tentei perceber como é que o episódio tinha ocorrido, o que lhe preocupava mais naquele momento, expliquei tudo o que a equipa ia fazer, em seguida dei reforço positivo sobre a sua recuperação e respondi às suas dúvidas no momento. Realizei o banho terapêutico com o desbridamento efetivo das flictenas, apliquei o material de penso indicado para a situação de forma a proporcionar cicatrização rápida com ótimo resultado funcional e estético, prevenção da infeção ou formação de biofilmes e cicatrização acelerada com o máximo conforto para o cliente.⁴⁶ No final coloquei o Sr. L. no leito, elevei de imediato a cabeceira por ser uma queimadura da face que pode comprometer a via aérea pelo edema, controlei a dor, vigiei o estado de consciência e os pensos. Após o cliente se apresentar mais desperto e em conforto no leito foi realizado o acolhimento à esposa, incentivado o seu envolvimento no plano do cuidado e possibilitada a sua visita, de forma a diminuir os seus níveis de ansiedade e contribuir para a recuperação do Sr. L. Tive a preocupação de

explicar à esposa o porquê da dinâmica da unidade em relação à restrição de visitas, as funções dos diferentes equipamentos utilizados no cuidado e, no final, validei a sua compreensão sobre a informação transmitida, esclarecendo dúvidas adicionais.

Constatei ao longo do estágio o sofrimento sentido pelo cliente e família pelo processo de transição que estão a vivenciar com agravante no número limitado de visitas. A Unidade de Queimados só permite a entrada de uma visita por dia para evitar as entradas do exterior, de forma a prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde. Desta forma, desenvolvi intervenções no sentido de informar, orientar, envolver e acompanhar o cliente e a família durante o internamento, com objetivo de diminuir os níveis de ansiedade. Otimizar a comunicação entre clientes, familiares e profissionais de saúde é preciso para valer o direito da família e cliente serem envolvidos no processo do cuidado.⁵⁰ Quando o enfermeiro desenvolve competências na comunicação não está apenas a transmitir informações, mas sim a desenvolver habilidades que permitam integrar a díade cliente e família no seu cuidado. Foi evidente numa familiar que apresentava o discurso acelerado e expressões faciais de preocupação, que após o acolhimento e envolvimento ficou mais serena e calma, sendo que no final agradeceu todas as explicações e o facto de ter visto o seu esposo.

Uma forma de compreender melhor a atual classificação das queimaduras, Epidérmica, Superficial parcial, Profunda parcial, Profunda completa e Profunda completa +, optei por analisar ao máximo cada situação e recolhi fotografias de todos os exemplos, com consentimento verbal livre e esclarecido do cliente, sendo uma forma simples de organizar o meu pensamento, demonstrando capacidades de relacionar o conhecimento teórico com o campo do agir (ver Apêndice VIII).

A maior dificuldade sentida foi adaptar-me à desconsiderada opinião da enfermagem na prescrição do melhor cuidado à queimadura e há carência de discussão em equipa interdisciplinar sobre o plano do cuidado do cliente. Da análise que faço e do conversado com a Enfermeira Orientadora, isto advém do ato da realização do penso ser considerado médico. No entanto o enfermeiro ao realizar uma intervenção interdependente é sempre responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica, não se devendo limitar a cumprir uma intervenção prescrita por outrem, se ao utilizar métodos de tratamento à ferida, prescritos ou não por si, estiver a contribuir para o agravamento da mesma, a responsabilidade será necessariamente sua.^{51,52} Assim sendo, torna-se fundamental que o enfermeiro contribua com a sua opinião, baseada na sua experiência e estado da arte. Este

aspecto poderia melhorar com uma reunião semanal com a equipa interdisciplinar (médico anestesista, médico cirurgião plástico, nutricionista, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo), de forma a discutir o tratamento dos clientes internados na unidade.⁵³ Todos têm um contributo a dar para a melhoria do cuidado prestado e segurança dos clientes, sendo que o enfermeiro é o elemento que está presente 24 horas, realiza os pensos, avalia as características da queimadura e está atento ao processo de transição que o cliente e família vivência. Esta é uma questão que me sensibiliza pelo meu percurso realizado na área e pela problemática da RIL se debruçar sobre as competências do GF, foi uma mais valia trazer alguns dos resultados já obtidos na sessão de formação que será descrita posteriormente, pois foi gerado um momento de discussão e reflexão.

Sendo um elemento externo à equipa, procurei adotar uma atitude ponderada e nunca de confrontação, interrogando sempre que detetasse uma situação que me questionasse, como por exemplo o uso do avental por baixo da bata protetora, a enfermeira respondeu-me: “Com essa pergunta estás a obrigar-me pensar” (SIC) e discutimos os dois pontos de vista, o que demonstra uma atitude reflexiva de ambas as partes. Também debatemos em equipa o tratamento do Sr. AB que apresentava uma UPP de categoria III no calcanhar direito e através da fundamentação que apresentei, baseada em evidência, a opção terapêutica que propus foi aceite. Na passagem pelo bloco com observação de um enxerto de pele, analisei em conjunto com a enfermeira circulante o que podia ter sido executado de outra forma, para obedecer aos princípios da assepsia. Deste modo desenvolvi a competência “*Exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização*”²⁴ através da análise das práticas dos enfermeiros e da partilha do saber já adquirido com a equipa.

Foi sem dúvida marcante estabelecer estratégias de comunicação não-verbal aquando do cuidado ao cliente consciente sob ventilação invasiva e apercebi-me da sua importância. A comunicação é um elemento básico mas ao mesmo tempo principal, é um processo dinâmico e multidimensional de intercâmbio de informação, implica a adaptação a uma realidade em constante mudança, capaz de nos conduzir a uma relação terapêutica autêntica, é o ponto-chave para atender com qualidade todas as dimensões do cliente e em sofrimento.⁵⁴ A comunicação não-verbal é “um conjunto de sinais que exteriorizam, no essencial, os estados de espírito do indivíduo e que tanto podem, muitas vezes infirmar como confirmar o teor das palavras proferidas”.^{55:226} Em todos os momentos de contacto estabeleci diálogo de uma forma tranquila, de modo a orientar e para diminuir a agitação

e a luta contra o ventilador. Assim que era estabelecido o diálogo era visível que ficava mais calmo e tranquilo, refletindo-se a nível hemodinâmico. As estratégias usadas foram o recurso à mimica facial, sinais, apontar, olhar e leitura de lábios, que se destacaram proficientes.⁵⁵ A consciência de que o tom de voz utilizado no processo de comunicação é muito expressivo, usei tom de voz baixo, um ritmo calmo com momentos de silêncio.⁵⁵ Quando não percebia o desejado pelo cliente, mostrei disponibilidade e verbalizei “temos tempo, só vou sair daqui quando perceber o que quer dizer”. Tive a preocupação em demonstrar compaixão “eu percebo que se esteja a sentir incomodado, mas acredite que depois de fazer esta técnica vai ficar mais confortável” e estabelecer o toque terapêutico. Os princípios científicos que sustentam o toque terapêutico são o modelo de assistência de Martha Rogers (Ser Humano Unitário), refere ser um método holístico, não invasivo, intencional baseado na conceção de que o ser humano possui um campo de energia que pode estender-se além da pele, é abundante, e flui em determinados padrões que se pretendem equilibrados.⁵⁶ Apesar do cliente grande queimado possuir a sua superfície corporal coberta com pensos não é impeditivo de o fazer, é um "toque sem toque" (as mãos do devem permanecer cerca de 6 a 12 cm de distância da pele).⁵⁶ As pesquisas têm demonstrado que o toque terapêutico promove o relaxamento, diminui a ansiedade, altera a perceção do cliente em relação à dor e facilita os processos de reestruturação naturais do corpo.⁵⁶ No processo relacional e quando a comunicação verbal está comprometida, reconhecer as informações importantes e interpretar o seu significado não foi simples, fruto da minha inexperiência. Com este exemplo desenvolvi a competência “*Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura*”.²⁴

O segundo objetivo específico proposto para este módulo foi “Contribuir para a qualidade do cuidado ao cliente com ferida complexa, através da sessão de formação sobre importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas disponíveis no serviço”. Não querendo afastar-me deste objetivo já desenvolvido no estágio anterior, tive alguma dificuldade em delinear uma estratégia para o manter, isto porque o cuidado à queimadura é considerado um ato médico. No entanto, são os enfermeiros que cuidam do cliente com queimadura, por isso de forma a fomentar a sua participação mais ativa na tomada de decisão é preciso muni-los sobre a importância de participarem neste processo e características do material de pensos, conseguido argumentar o uso de um em detrimento

de outro. Para uma tomada de decisão eficaz é necessário o enfermeiro apropriar-se do conhecimento e incorpora-lo na sua prática.⁵⁷ O profissional não se deve suportar em práticas rotinizadas, mas sim treinar a sua capacidade reflexiva aliada à investigação.⁵⁸ A Ordem dos Enfermeiros afirma que a formação em serviço, no âmbito do Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem é um poderoso instrumento de melhoria contínua da qualidade do cuidado por permitir proporcionar a reflexão do mesmo pelo confronto com as situações do quotidiano no campo de agir, evidenciar a visibilidade da dimensão autónoma e elucidar indicadores de qualidade sensíveis ao cuidado de enfermagem.⁵⁹ A ideia foi discutida com a Enfermeira Orientadora e comunicado à enfermeira responsável pela formação da unidade, foi também conversado com a Enfermeira gestora de serviço a estratégia delineada. O anúncio da sessão foi através de um cartaz informativo, afixado na sala de pausa/reuniões e enviado um e-mail à equipa de enfermagem a informar da sessão. Elaborei o plano de sessão (ver Apêndice IX), apresentação (ver Apêndice X) e avaliação da mesma (ver Apêndice XI). Avaliação da sessão foi feita através de um questionário de opinião, onde optei por utilizar o questionário da instituição, ficaram arquivados na pasta de formação do serviço. Na formação estiveram presentes 9 elementos, numa equipa de 27 enfermeiros (taxa de adesão de 33%), sendo que as taxas do serviço rondam os 45%. Foi um momento de grande partilha e discussão em equipa, onde a gestora de serviço esteve presente e trocaram-se ideias sobre a tomada de decisão de enfermagem e na urgente mudança de mentalidade em relação ao tratamento da queimadura ser considerado um ato médico.

Elaborei um dossier temático que ficou para consulta na unidade, onde disponibilizei parte da bibliografia consultada e a sessão de apresentação. A estratégia adotada foi apresentar as recomendações sobre aspetos a melhorar na unidade, relativamente a práticas desatualizadas. Através desta atividade demonstrei competências de *“Promove o desenvolvimento profissional e pessoal dos outros enfermeiros”* e *“Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização”*.²⁴

O querer saber e fundamentar o cuidado contribuiu para várias reflexões com a Enfermeira Orientadora e outros enfermeiros, sobre os protocolos utilizados na prática, estimulando a revisão de intervenções e práticas, promovendo a investigação em serviço. Por exemplo, a médica tinha aplicado terapia tópica de pressão negativa a um cliente e constatei que por baixo da espuma que devia estar em contacto direto com o leito da ferida ou pelo menos apenas apresentar um interface como uma gaze não aderente, tinha

compressas de gaze, pelo que alertei a colega responsável pelo cliente. A colega demonstrou interesse em saber mais sobre esta terapia avançada, assumindo que era um procedimento novo na unidade, pelo que eu expliquei indicações, contraindicações, pressão recomendada e benefícios. A enfermeira conversou com a médica sobre o facto de ser uma prática com poucos benefícios para a pessoa e através da discussão dos vários pontos de vista, chegaram à conclusão que o melhor era cumprir com o recomendado pela evidência. Assim, foi possível corrigir um aspeto a melhorar e deste modo garantir o cuidado com qualidade e otimizar ganhos em saúde. O enfermeiro, ao tomar conhecimento da decisão de outro profissional através da sua prescrição, não a deve executar sem qualquer processo de raciocínio.⁶⁰ Aquando na elaboração deste penso, aproveitei para falar com os enfermeiros presentes sobre terapia tópica de pressão negativa, proporcionando-se um momento de aprendizagem. Desta forma, desenvolvi competências de *comunicação de aspetos complexos com um discurso pessoal fundamentado e demonstrei conhecimentos numa área especializada, capacidade de trabalhar na equipa, liderança e supervisão do exercício profissional*.²⁴ Também foi importante a minha experiência com uma terapia avançada aproveitando o momento para fazer formação informal em serviço.

Das observações que fiz, detetei nas camas uma superfície de apoio tipo “Spenco” sobre o colchão viscoelástico. Procurei a melhor evidência sobre isso e o que está descrito na literatura é que não existe certeza da superioridade de uma espuma altamente específica sobre outra com as mesmas características.⁶¹ Discuti este aspeto com alguns elementos da equipa e Enfermeira Orientadora, proporcionando assim um momento de reflexão e análise da situação. Dois elementos do serviço explicaram-me que o uso destas superfícies de apoio surgiu pela inexistência dos colchões viscoelásticos e maior facilidade de reposicionar os clientes. Apesar de ser desnecessário o uso do “Spenco”, têm baixa incidência de UPP e como nos diz a evidência a chave da prevenção não é apenas a superfície de apoio, mas também posicionamentos, alimentação e hidratação, inspeção regular da pele e controlo da incontinência e humidade.⁶² Com este exemplo desenvolvi competências de GF no domínio da liderança e qualidade.

Uma vez que detetei fragilidades por parte da equipa em relação às opções terapêuticas no tratamento de feridas crónicas, optei por adaptar a ferramenta elaborada no estágio anterior, de modo auxiliar a tomada de decisão e permitir aos enfermeiros pensarem nos motivos para o atraso da cicatrização, adequando o material disponível na unidade e

instituição ao acrônimo TIME³⁴ (ver Apêndice XII). Esta ferramenta foi apresentada à equipa no dia da formação em serviço.

Este campo de estágio proporcionou-me diversas experiências na área da viabilidade tecidular, que me obrigaram a refletir e desenvolver a criatividade na abordagem ao cliente e na elaboração dos pensos, pois são lesões de extensa dimensão e difícil localização que requerem a mobilização do membro para prevenir as aderências e contraturas das cicatrizes. Ou seja, o cuidado ao cliente com ferida é um universo e a minha experiência ao cliente que sofre de queimadura de moderada a grave era nula. Considerando que já possuía competências especializadas na área da viabilidade tecidular, com este contexto consegui ampliar o meu leque de experiências e competências.

2.3 Num Serviço de Urgência Geral

A unidade hospitalar elegida para realização deste módulo recaiu na mesma do módulo III pelos motivos anteriormente mencionados, pelo que passo a descrever apenas as características do SUG e VMER.

O SUG desta instituição é, segundo o Despacho n.º 10319/2014 (em que revoga os Despachos n.os 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006), um Serviço de Urgência Polivalente, sendo “o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência”.⁶³ No enquadramento do seu Regulamento Interno pertence ao Departamento de Emergência, Dor e Peri-Operatório, dispõe de quatro vias verdes (Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Sépsis e Trauma). Dada a polivalência deste SUG, considereirei que este é um local de estágio com potencialidades para o desenvolvimento de competências específicas de enfermagem médico-cirúrgica. O SUG tem a responsabilidade assistencial direta a cerca de 350 mil habitantes, e responsabilidade complementar da população proveniente de outros hospitais, em especial aos clientes neurocirúrgicos e trauma complicado (cerca de 790 mil habitantes).

Este SUG tem feito um esforço constante para acompanhar os desafios propostos pelo Plano Nacional de Saúde, no sentido de “maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, a integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade

e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”.^{64:6} Entre as várias intervenções de melhoria do SUG destacam-se a integração da equipa pré-hospitalar no chamado Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), o Sistema de Triage de Prioridades de Manchester, as Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio, do Acidente Vascular Cerebral e da Sépsis, o Serviço de Urgência Verde e Azuis (SUVA), Gabinete de Informação e Acompanhamento (GIA), a referenciação dos clientes *high-users* e assegurar a continuidade da informação de dentro para fora, com devidos encaminhamentos.

O SUG é composto pela equipa pré-hospitalar de forma a acentuar as sinergias potenciais. Centraliza a sua atividade na atuação da VMER, com equipas autónomas sob a orientação de um coordenador. Esta equipa estruturalmente está em um espaço físico à parte e possui um veículo de intervenção pré-hospitalar. O veículo é conduzido por enfermeiros destinado ao transporte rápido de uma equipa diferenciada, ao local onde se encontra o cliente. Estes profissionais dispõem de diversos equipamentos para fornecerem Suporte Avançado de Vida (SAV), entre eles o compressor torácico mecânico (LUCAS®). O seu principal objetivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.⁶⁵ O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é organismo responsável pela emergência médica pré-hospitalar em Portugal.

Estruturalmente o SUG é composto por uma área de ambulatório que compreende a reanimação, triagem, gabinetes de atendimento médico (com a especialidade de medicina interna, cardiologia, gastroenterologia, psiquiatria, neurologia, cirurgia, ortopedia/traumatologia e valências cirúrgicas, urologia, neurocirurgia, cirurgia vascular), gabinetes de enfermagem, sala de pequena cirurgia, área de observação segundo gravidade e dependência, designada por zona de ambulatório e observação clínica. Possui um internamento, designado por Unidade Internamento Médico-Cirúrgico com 16 camas (mais uma de isolamento) das quais 10 com possibilidade de monitorização hemodinâmica.

Tendo em conta que a demora no atendimento é a causa mais frequente de reclamações, deve ser usado o modelo de *fast track* para os clientes classificados como verdes e azuis na triagem de Manchester, adjacente ao serviço de urgência, mas na dependência deste, assegurado por uma equipa dedicada e adequada a este tipo de clientes.⁶⁴ Este modelo permite retirar rapidamente do hospital os 40 % dos clientes, que maior parte das vezes

apenas carece do cuidado de enfermagem e observação médica, sem necessidade de exames complementares de diagnóstico. Esta separação dos clientes permite evitar a misturar casos graves com casos de menor vigilância e gravidade.⁶⁴ Neste sentido, o SUG criou o SUVA, que funciona das 8h30 às 00h, fazendo este atendimento e o devido encaminhamento para os cuidados de saúde primários.

Este módulo I foi realizado num SUG de adultos num total de 180 horas de contacto com 40 horas de observação na VMER, no período de 27 de outubro a 19 de dezembro de 2017, onde tive dois Enfermeiros Orientadores. Tracei dois objetivos específicos para este módulo, sendo que o primeiro foi “Desenvolver competências no cuidado especializado ao cliente em situação de urgência e emergência e sua família”. A situação de urgência requer intervenções num curto espaço de tempo, mas que não representa uma ameaça imediata para a vida ou para a saúde do cliente, e emergência é uma situação clínica em que a ameaça à vida existe.⁶⁴ Para desenvolver o cuidado importa estar familiarizado com equipa e a integração assume-se como elementar, tendo sido facilitada pela excelente receção de todos os elementos e principalmente pelos enfermeiros orientadores.

Numa fase inicial deste estágio senti-me numa floresta sem raízes, incapaz de desbravar sem medos os trilhos de novos contextos e conhecimentos, pelo que me concentrei mais nas competências técnicas e senti dificuldade em libertar-me para as competências relacionais. No entanto, para a aquisição de uma identidade de enfermeira especialista é necessário enfrentar complexos desafios assim como outros contextos saindo da minha zona de conforto, tendo sido imprescindível o esforço para mobilizar todas as competências e conseguindo ultrapassar os receios iniciais. A novidade do ambiente, pois nem enquanto aluna da licenciatura passei por ele, e extensa equipa e espaço físico, fizeram-me sentir completamente perdida, impotente e sem capacidade de tomar conta das situações, mas após a avaliação intermédia e o estabelecimento de prioridades, tudo se tornou mais lógico no meu pensamento. Neste contexto desconhecido posicionei-me como iniciada, pelo que me concentrei em situações objetivas, necessitando de ser guiada⁶ pela Enfermeira Orientadora e restante equipa, por exemplo no desempenho de intervenções técnicas (puncionar, colheita de sangue) de forma rápida. Contudo apercebi-me que essas não seriam as prioridades nem os objetivos de um estágio enquanto estudante da especialidade. A estratégia encontrada foi concentrar-me num menor número de clientes, mas aprofundar a sua história e queixas, dando resposta às suas necessidades imediatas.

O maior desafio e dificuldade deste campo de estágio prendeu-se pelo fator tempo e constantes solicitações dos clientes, acompanhantes, médicos, auxiliares de ação médica e técnicos de diagnóstico. Exigiam de mim uma forte capacidade de gestão de prioridades e tomada de decisão, para isso é essencial estar integrada na equipa, dominar o contexto, encaminhamentos e normas sectoriais instituídas, o que não se consegue em tão pouco tempo num SUG de um hospital central. Uma tomada de decisão adequada perante situações complexas e dado o binómio tempo e informação disponível poucos demonstrou-se um desafio. No entanto, tinha consciência que a minha decisão devia ser suportada por um processo contínuo cognitivo, em que o julgamento clínico devia combinar o racional e analítico com intuitivo, perante o tempo que tinha, dados disponíveis e informação visual ou transmitida.⁶⁶

Deparei-me com um ambiente polivalente e versátil, que implica o domínio de diversos saberes e realização de intervenções eficazes proporcionando conforto no menor tempo possível. O conforto estava comprometido pela presença de dor e incerteza face ao diagnóstico médico⁴⁷. Nos locais onde estive alocada mantive-me em alerta para qualquer alteração do estado de saúde dos clientes que condicionasse o seu prognóstico e que necessitasse de observação clínica e cuidado de enfermagem imediato. Foi importante estar atenta aos sinais e sintomas manifestados pelos clientes e manter os mais preocupantes quer no ambulatório quer no gabinete de enfermagem junto de mim. É necessário a gestão de prioridades no atendimento ao cliente, no sentido de satisfazer as suas necessidades em tempo útil, conseguindo avaliar a urgência e emergência de determinado cuidado e atuar em conformidade. Na sala de reanimação, tive a inquietação de perceber a queixa principal pelo qual o cliente tinha recorrido à urgência, passando de imediato à avaliação primária, com monitorização dos parâmetros vitais, obtenção de um acesso venoso periférico, colheita de sangue para análises, avaliação da glicémia capilar, administração de fármacos prescritos no momento pelo médico, registo das intervenções realizadas e os seus resultados, acompanhamento para exames complementares de diagnóstico e encaminhamento para os serviços, sala de hemodinâmica ou observação clínica. Muitas vezes exigiu de mim uma tomada de decisão rápida e eficaz, com intervenções autónomas, por exemplo decidir colocar mais um acesso à esquerda, nos minutos que faltavam para ir realizar cateterismo, em que corria o risco de atrasar o procedimento mas também outro acesso era importante para administrar fluídos. Optar por um cateter de maior calibre para uma administração mais rápida da fluidoterapia, mas

corria o risco de não conseguir puncionar com esse tamanho, uma vez que no meu campo profissional opto por usar um de menor calibre para causar o mínimo de dor possível, não tendo experiência em usar calibres G16.

Sinto incongruência quando falo do cuidado com qualidade neste contexto, em que as prioridades são o fator tempo e salvar vidas. Também com esta experiência adquirida percebi que neste contexto prevalecem as necessidades fisiológicas do cliente sobre as necessidades psicológicas e sociais. O cuidado está direcionado para o modelo biomédico, em que o cliente é alvo de tarefas (colheita de sangue, punção venosa, administração de fármacos, elaboração de pensos) que devem ser desempenhadas rapidamente⁶⁷. Fiz um esforço para contrariar estes pressupostos e estabelecer um contacto pleno com dedicação, mas correndo o risco de demorar mais tempo a desempenhar as minhas intervenções através do método individual. O meu cuidado esteve direcionado para a escuta ativa e resposta às solicitações dos clientes e acompanhantes, demonstrando preocupação e resolução dos problemas com outros profissionais quando extrapolavam o meu âmbito. Por vezes os familiares e acompanhantes faziam perguntas às quais não era capaz de responder, percebi que o simples facto de ir tentar recolher informação ao processo clínico, ou seja, sentar-me ao computador e tentar procurar alguma novidade era apaziguador, mesmo que não fornecesse mais esclarecimentos, pelo que foi uma estratégia adotada por mim. Assim, desenvolvi a competência *“Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”*.²⁴

Constatei que os clientes neste contexto vivenciam um processo de incerteza bem mais angustiante do que a certeza de um diagnóstico médico, por muito mau que ele seja. Ser detentor de fortes competências relacionais e comunicacionais mostraram-se necessárias para conseguir diminuir a ansiedade, pelo que é imprescindível informar, orientar, envolver e acompanhar o cliente e acompanhante por mais curto que seja o período de permanência na urgência. O serviço de urgência é cartão-de-visita de uma instituição hospitalar e a imagem que os enfermeiros transmitem é considerada como o reflexo da profissão na sociedade, pelo que as minhas intervenções passaram por usar uma linguagem simples, verdadeira e objetiva de modo a irem ao encontro das necessidades dos clientes e acompanhantes. Penso que o esforço foi notório, pois os clientes aos quais estabelecia contacto e cuidava, ao longo do turno procuravam-me. Conhecer-me e

conseguir compreender as estratégias pessoais usadas para lidar com as emoções, stress, ganhos e perdas é crucial para conseguir cuidar numa urgência geral.

Foi relevante perceber o circuito do cliente passar pelas diversas áreas, através da observação e colaboração no cuidado de enfermagem na triagem, reanimação, gabinetes de atendimento médico, gabinetes de enfermagem, sala de pequena cirurgia e observação clínica. No entanto, não realizei turnos no GIA e na área de internamento. Após avaliação intermédia, defini em conjunto com a Enfermeira Orientadora que ficava apenas na reanimação e área de ambulatório, de modo a organizar o pensamento e sedimentar conhecimentos, pois estava a tornar-se confuso conseguir abarcar todas as áreas. Desta forma, cumpro com o método individual, em que tinha o domínio sobre as necessidades e o circuito com quem cuido. Os colegas facilitaram este processo, pois assim que tinham informações sobre esses clientes comunicavam-me.

Deparei-me com a problemática da segurança várias vezes neste contexto, que é uma questão central para os clientes e profissionais nos cuidados de saúde, independentemente da natureza da situação do cuidado. Na sala de reanimação com um cliente depois da abordagem ABCDE, enquanto colhia a sua história secundária, verifiquei que era colonizado com um microrganismo multirresistente na urina e eu não estava a usar o avental. No entanto, sei que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”^{38:10}, analisando e refletindo sobre este episódio fez-me consciencializar para o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) como precaução básica sempre que entrasse na sala de reanimação. Apercebi-me que os aventais não estavam de fácil acesso, como por exemplo as luvas, pelo que conversei com a Enfermeira Orientadora e gestor de serviço sobre colocar um aviso na porta da reanimação para o uso de EPI para toda a equipa interdisciplinar e escolha de um local de rápido acesso para a colocação dos aventais, de forma a estimular o seu uso.

Conseguí aprimorar a competência de liderança, enquanto a Enfermeira Orientadora assumia o papel de líder da equipa, que neste contexto adota outra importância, pela imprevisibilidade e quantidade de recursos humanos e físicos a gerir. A gestão de conflitos, espírito de equipa, capacidade de análise, as sugestões de uma forma indireta, diálogo e disponibilidade para ajudar os outros são características que devem pertencer ao líder. “Os principais componentes da “verdadeira” liderança em enfermagem são: o conhecimento (de liderança, de enfermagem e o raciocínio crítico), o autoconhecimento (de si próprio), a capacidade de comunicação (que está no coração da liderança, segundo

esta autora), a energia, a ação e a capacidade para atingir metas.”^{68:48} Enquanto líder de equipa no meu contexto profissional num ambiente mais controlado e com apenas 3 elementos de enfermagem, opto por valorizar o outro, estabelecer relações de confiança de forma a obter a cooperação e manter-me motivada. A experiência de assumir a liderança numa equipa de urgência geral em conjunto com a orientadora, proporciono-me promover o meu desenvolvimento profissional.

Particpei no curso de SAV acreditado pela American Heart Association, o que foi fundamental para o meu desempenho aquando desenvolvi o cuidado em reanimação. Na reanimação pressupõe o seguimento de determinados algoritmos de decisão, pelo que se torna fundamental possuir formação específica para estas e outras áreas de intervenção. Realizei pesquisas e clarifiquei dúvidas com os Enfermeiros Orientadores, tirando partido não só para aplicação dos conhecimentos mas também para o sucesso da realização do curso. Deste modo, promovi o autodesenvolvimento profissional aliando o teórico-prático, não só porque curso assim o exigia, mas também transferi o que aprendi para o contexto real.

Foram sem dúvida gratificantes as 40 horas (5 turnos) de observação na VMER, esta experiência tornou o campo de estágio mais enriquecedor onde presenciei várias ativações. Verifiquei que a função do enfermeiro nesta equipa é crucial, o pensamento pragmático e sistematizado assim como o reconhecimento precoce de situações de alerta, são fundamentais para salvar vidas e atuar em pré-hospitalar. Apercebi-me da problemática da constante ativação da VMER pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e quando chegávamos ao local a situação não merecia a presença de meios diferenciados. É através do 112 (número Europeu de emergência) que são realizadas as chamadas de pedidos de socorro atendidas em centrais de emergência da polícia segurança pública. Caso correspondam a emergências na área da saúde, as chamadas são encaminhadas para o CODU. Cabe ao CODU decidir sobre o acionamento dum meio de emergência, sua tipologia e local de referenciação, contactando quando necessário, as unidades de destino para prepararem a receção aos clientes.⁶⁴ O CODU desempenha um papel de aconselhamento importante para os clientes e de apoio às equipas no terreno.⁶⁴ O papel do Enfermeiro Orientador foi primordial para perceber a importância do saber estar em situação crítica, em que a serenidade, segurança e eficácia das intervenções devem dominar.

A riqueza deste campo de estágio prendeu-se pela variedade de experiências que me permitiu vivenciar e o desenvolvimento de competências, em que nenhum dia é igual ao anterior. Uma situação que me fez refletir foi quando o Sr. J. foi proposto a cateterismo e o consentimento livre e esclarecido foi pedido ao familiar. Tentei demonstrar que tinha discernimento para decidir sobre si e lhe ser explicado todo o procedimento, fazendo-lhe perguntas sobre se sabia onde estava, ano, idade, etc. de forma a sensibilizar a equipa médica para o orientação do cliente mas não tive sucesso e quem consentiu o procedimento foi o seu familiar. Esta não conformidade fez-me questionar de uma forma subtil a equipa médica porque é que o Sr. não tinha sido envolvido no processo de tomada de decisão e a resposta que obtive foi devido à idade. O facto de ser idoso não lhe confere a incapacidade para tomar decisões sobre si e o seu plano do cuidado. O Artigo 84.º da Deontologia Profissional de Enfermagem consagra na alínea b) a capacidade e autonomia que os clientes têm para decidir sobre si e os critérios definidos pelo Artigo 38º. do Código Penal não contemplam a idade como exclusão, mas sim o discernimento necessário para avaliar o seu sentido no momento em que o presta o consentimento.⁶⁹ Através deste exemplo demonstro competências de *“Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”* e *“Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”*.²⁴

Perante o cliente que vivência processos de doença crítica e/ou falência orgânica a observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e estruturada de dados exigiram que mobilizasse conhecimentos e habilidades de modo a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente, em tempo útil e de forma holística, tendo sido este o meu esforço diário enquanto estudante da especialidade no contexto de urgência geral.

O segundo objetivo específico foi *“Contribuir para a qualidade do cuidado ao cliente com ferida complexa”* através vigilância da integridade cutânea e sessão de formação sobre a primeira abordagem ao cliente que sofre de queimadura e método de registo das UPP.

Com intuito de promover autodesenvolvimento profissional, participei no simpósio da associação portuguesa no tratamento de feridas, nos dias 8 e 9 de novembro no Porto, de forma atualizar conhecimentos sobre abordagem ao cliente vítima de queimadura, entre outros.

Fui convidada pela Direção de Enfermagem da instituição a participar como preletora na sessão clínica sobre o dia comemorativo da prevenção das UPP, com o tema “A tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida” (Ver Apêndice XIII). Nesta sessão, apresentei um feixe de intervenções (*bundle*)⁷⁰ para a prevenção das UPP, aproveitando o momento para divulgar o cartaz elaborado para o SUG. De forma articular a questão das UPP e tomada de decisão reforcei a ideia de que a decisão do enfermeiro deve ser norteada não só pelas escalas de avaliação do risco de desenvolver UPP mas também pelos conhecimentos e juízo clínico perante o cliente que está à sua frente. Também durante a apresentação divulguei os resultados da dissertação desenvolvida no âmbito do meu mestrado em feridas e viabilidade tecidual sobre “Os fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica”, sob orientação do Sr. Professor Doutor Sérgio Deodato. Assim, promovi a formação em serviço, com a participação de vários elementos da equipa de enfermagem do SUG na sessão clínica e a translação do conhecimento produzido na dissertação. Consciente que a translação do conhecimento vai para além da disseminação dos resultados, no entanto através da apresentação pode ser uma estratégia a ser usada de modo a audiência utilizar o conhecimento na prática.⁷¹

Uma vez que este SUG tem uma preocupação constante com a prevenção das UPP (o gestor de serviço requereu colchões viscoelásticos para macas) e de modo a sinalizar o dia mundial “STOP UPP”, optei por elaborar um cartaz elucidativo para a divulgação do dia. O objetivo foi transmitir a mensagem de uma forma simples, concisa e apelativa, com um feixe de 5 intervenções baseadas na melhor evidência que quando agrupadas e implementados em conjunto, promovem melhores resultados, neste caso a diminuição ou ausência de UPP.⁷⁰ Todas as intervenções são imprescindíveis e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo, tratando-se de um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido.⁷⁰ O cartaz foi aprovado pelo gestor de serviço, pelo que foi impresso e distribuído pelas diversas áreas do SUG (ver Apêndice XIV).

De modo a dar continuidade a um trabalho iniciado por duas colegas que estagiaram no SUG no âmbito da pós-graduação em tratamento de feridas, fiz a revisão da norma sectorial elaborada pelas mesmas sobre o método de registo das UPP pré existentes dos clientes que recorrem ao SUG, passando para a aplicação da norma (ver Apêndice XV). Este trabalho iniciou-se pelas notificações excessivas de UPP provenientes do SUG,

quando muitas dessas UPP são desenvolvidas no domicílio, mas não são identificadas e relatadas pelos enfermeiros da urgência. Na revisão da norma, tive a preocupação que a mensagem fosse objetiva e clara e testar todos os passos, de modo a que o registo não consumisse muito tempo para aumentar a sua adesão. A finalidade desta norma é estimular a observação da integridade cutânea dos clientes e apelar aos enfermeiros alocados na triagem e observação clínica que anunciem a pré existência de UPP com registo próprio, de modo a valorizarem a importância da integridade cutânea do cliente, a qualidade do cuidado prestado e meios existentes para prevenção de UPP no SUG. Através de um método de registo rápido que incida nas UPP é possível uma continuidade do cuidado evitando o aparecimento ou agravamento de UPP prévias. Esta problemática assume relevante importância porque um dos indicadores da qualidade do cuidado de enfermagem é ausência de UPP.⁷² Após aprovação do gestor de serviço, elaborei uma sessão de formação (ver Apêndice XVI, XVII, XVIII) para apresentar às quatro equipas de enfermagem, em que realizei um vídeo a demonstrar o método de registo de forma a assimilarem melhor os passos e compreenderem que era um método simples. No entanto, só se realizou uma sessão de formação. Foi agendado um dia e hora, antes do turno da tarde de forma a obter o máximo de adesão possível, divulgada a formação pelo e-mail da equipa e afixado o anúncio da formação na sala de pausa. Estiveram presentes apenas dois elementos do serviço, no entanto a apresentação e bibliografia consultada ficou disponível para toda a equipa no serviço.

Uma vez que o campo de estágio anterior foi na unidade de queimados o gestor de serviço sugeriu que partilhasse essa experiência com os colegas, pelo que desenvolvi uma sessão de formação sobre a abordagem inicial à queimadura (ver Apêndice XIX, XX, XXI). A solução encontrada foi juntar os dois temas numa única sessão de formação com o compromisso de apresentar às outras equipas, enquanto enfermeira em contexto de trabalho.

Fui também solicitada pelo gestor de serviço a fazer a retificação dos pósteres sobre a prevenção e tratamento das UPP elaborados pelas colegas mencionadas anteriormente. O meu objetivo foi essencialmente adequar a informação à realidade encontrada, colocando para segundo plano muita da teoria e adaptando a evidência aos recursos humanos e materiais disponíveis. Esta atividade não se encontra em Apêndice para salvaguardar o animato dos autores e instituição.

Durante a minha permanência fui solicitada para o esclarecimento de dúvidas sobre o cuidado ao cliente com UPP, pelo que fiquei bastante agradada e apresentei disponibilidade imediata para a partilha de conhecimentos. Desta forma, demonstrei conhecimentos numa área especializada, capacidade de trabalhar em equipa, formação de pares e supervisão do exercício profissional.

Desenvolvi com os clientes portadores de feridas o domínio do cuidado das competências do gestor feridas. Foi estimulante pelo material de pensos reduzido e simultaneamente perceber o que é que fez o cliente recorrer ao SUG para tratar da sua ferida. O Sr. L vem encaminhado do médico de família por apresentar uma ferida na extremidade 4º dedo do pé direito (0,5x0,5cm), com sinais inflamatórios de dor, rubor, calor e edema. Primeiramente tentei recolher informação sobre há quanto tempo apresentava aquela ferida, como é que a ferida afetava a sua vida diária, o porquê de vir à urgência, antecedentes pessoais, sinais e sintomas e observei o calçado do Sr. L., deixei que expusesse as suas dúvidas e receios, sendo que a preocupação do Sr. era não ter um penso volumoso para conseguir calçar o seu sapato e continuar a conduzir. Expliquei-lhe que o segredo de conseguirmos cicatrizar aquela ferida era perceber qual a sua causa e corrigi-la, mais do que o tratamento local, apesar das características da ferida indicarem uma úlcera arterial, pois os pulsos eram fracos, presença de tecido necrosado e desvitalizado, a localização da lesão, o pé frio, sensibilidade mantida, sem edema, sem pêlos, ainda sem palidez do membro quando elevado.²² Seria imperativo ir ao médico de família fazer alguns exames complementares de diagnóstico e à sua unidade de saúde familiar fazer o penso com as enfermeiras. O Sr. L o repetiu a mensagem com clareza, o que me deixou tranquila em relação à sua capacitação para lidar com o assunto. Realizei a lavagem do pé com água morna e sabão, tendo em conta o material disponível apliquei uma compressa não aderente e um penso o menos volumoso possível, uma vez que a ferida não apresentava exsudado, recomendado realizar o penso passado 48h. No final, registei todas as intervenções realizadas em sistema próprio (Alert®). Com este exemplo alcancei as seguintes competências *“Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”*, *“Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”*, *“Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara”*, *“Demonstra um nível de*

*aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”, “Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”, “Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada” e “Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”.*²⁴

Elaborei um dossier temático, com vários artigos e manuais recomendados pelas associações sobre as UPP e queimaduras e disponibilizei as sessões de formação apresentadas, que ficou para consulta no SUG de modo a partilhar conhecimentos.

No decorrer do estágio, o maior obstáculo foi o agir em situações imprevistas num ambiente descontrolado que por vezes se torna este contexto. No entanto, é espectável que aconteça pela minha inexperiência e o facto de me sentir perita num determinado contexto e situações, não invalida que noutros me posicione como iniciada.⁶

3- CONCLUSÃO

Este relatório é o culminar de um longo e intenso caminho percorrido para alcançar uma *enfermagem avançada*.² Não importa apenas o saber-saber, para que este processo de aprendizagem assente numa base sólida o estar com e para o cliente no campo de agir, assume elevada importância. Deste modo, o Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica proporciona ao estudante três módulos de estágio, em diferentes contextos e este relatório pretende ser a expressão escrita da descrição e análise crítica das competências desenvolvidas e atividades realizadas ao longo deste percurso, sendo esse o objetivo principal deste relatório.

O objetivo geral comum aos três módulos foi desenvolver competências éticas, deontológicas, relacionais, científicas e técnicas no cuidado especializado ao cliente em situação crítica e sua família. A linha transversal aos estágios foi gerir o processo de saúde-doença do cliente com ferida, sendo a problemática escolhida da RIL “As competências do gestor de feridas na equipa de saúde”. Enquanto enfermeira, lido diariamente com as respostas humanas envolvidas nas transições concebidas por eventos significativos, por exemplo aparecimento de feridas, que exigem adaptação.^{9,10,14,15} O aparecimento de uma ferida engloba diminuição na qualidade de vida dos clientes e pode ser um quadro inesperado que não permite preparação psicológica, originando mudança inesperada sendo considerado um momento de transição de vida do cliente que conduz ao aparecimento de limitações físicas, emocionais e sociais.^{14,15}

Os estágios não precedentes entre si corresponderam a 540 horas de contacto, em que no módulo III estive numa UFCC e UHD, módulo II numa Unidade de Queimados e no módulo I num SUG com horas de observação na VMER, no período de 24 de abril a 19 de dezembro de 2017. Aquando do cuidado optei pelo meu melhor agir naquele momento perante aquela situação, ou seja, fiz sempre o melhor que sabia no momento.⁶⁰ Posicionando-me ao longo do contínuo de iniciado a perito⁶, perante a minha experiência e conhecimentos para uma tomada de decisão sistemática e sistematizada.⁵⁸

Ao longo do percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências foram realizadas várias atividades nos diferentes contextos, tais como: a RIL sobre “As competências do gestor feridas na equipa de saúde”; uma folha de registo de avaliação e monitorização dos clientes com ferida e respetiva base de dados eletrónica em Microsoft

Excel para o tratamento de dados; uma ferramenta de apoio à tomada de decisão na escolha do material de pensos para a UFCC/UHD e Unidade de Queimados; uma norma de procedimento setorial sobre a prevenção da contaminação e descontaminação da mala de visitação domiciliária; formação em serviço sobre importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas, abordagem inicial à queimadura e Úlceras Por Pressão (UPP); norma de procedimento setorial sobre método de registo de UPP no Alert®; cartaz elucidativo do dia mundial da prevenção de UPP; e dossiers temáticos.

O receio de ser incapaz de traduzir o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em pessoa em situação crítica foi-se dissipando, à medida que ia sendo construído o relatório. Apesar de ser um relato muitas vezes na primeira pessoa, só foi possível pela presença, orientação e colaboração de um grupo de pessoas, das quais destaco os clientes e familiares, Enfermeiros Orientadores, colegas e Professora Filipa Veludo.

Aprender exige dedicação, motivação e pesquisa de informação, é uma ferramenta imprescindível para melhorar o cuidado. A procura de formação tem sido uma constante enquanto profissional, com a ambição de colmatar as dificuldades e fortalecer áreas de interesse, tornando-me uma profissional com maior capacidade julgamento clínico e tomada de decisão. Os impulsionadores na procura do saber e aperfeiçoar são os clientes, suas famílias e cuidadores. No entanto, este processo de desenvolvimento de competências não se esgota com aquisição do título de especialista, tem de ser uma constante ao longo da minha vida profissional.

Noto que este percurso brotou a forma de olhar para o cuidado, com um sentido mais crítico. Pelo que tenho procurado ser empreendedora da mudança, como é suposto ser um enfermeiro especialista, procurando motivar os pares para melhorarmos práticas e comportamentos, sempre baseados em evidência. As competências desenvolvidas só fazem sentido se forem aplicadas e partilhadas com os outros.

Desenvolver uma visão positiva e otimista da vida, saber olhar para um problema no seu todo dividindo-o em partes possíveis de trabalhar de acordo com prioridades e reduzir os pensamentos resolvendo-os com a brevidade possível, têm constituído batalhas ganhas pela capacidade de me conhecer. Estas conquistas interferem positivamente na relação com o cliente e equipa interdisciplinar, pelo aumento da capacidade de escutar o outro, validar e processar a mensagem. Conseguir atuar fora da minha área de conforto, tendo

de gerir sentimentos e limitações inerentes ao imprevisto e desconhecido, foram sem dúvida importantes para desenvolvimento de competências e crescimento pessoal e profissional.

No futuro pretendo publicar a RIL e que os achados do estudo sejam analisados por um painel de peritos em feridas e viabilidade tecidual em Portugal. Espero assumir a posição de GF no meu campo profissional e elaborar um projeto que possa ser adotado pela instituição.

Neste percurso surgiram algumas dificuldades inerentes à produção de conhecimentos e processo de aprendizagem, que foram ultrapassadas com o apoio e disponibilidade dos Enfermeiros Orientadores e Sra. Professora, aliado à pesquisa bibliográfica constante e dedicação.

4- REFERÊNCIAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F. La pensée infirmière. Laval: Éditions Études Vivantes; 1994. ISBN 2-7607-0584-6
2. Silva AP. Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2007; 55(1-2):11-20. ISSN 0871-2379.
3. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2010. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/.
4. Universidade Católica Portuguesa. Guia da Unidade Curricular “Relatório”. 2016
5. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 2010. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/.
6. Benner P. De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto; 2001. ISBN 972-8535-97-X
7. Dutton M, Chiarella M, Curtis K. The role of the wound care nurse: an integrative review. *Br J Community Nurs*. 2014 Mar;Suppl:S39-40, S42-7.
8. Bianchi J. Preventing, assessing and managing skin tears. *Nurs Times*. 2012;108(13):12, 14, 16.
9. Dealey C. Tratamento de feridas – Guia para enfermeiros. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi; 2006. ISBN 972-796-204-1
10. Baranoski S, Ayello E. O Essencial sobre o Tratamento de Feridas – Princípios Práticos. Loures: Lusodidacta; 2006. ISBN 972-8930-03-8
11. Regulamento n.º 168/2011 Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 47 — 8 de Março de 2011
12. Tomey A, Alligood M. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª edição. Loures: Lusociência; 2004. ISBN 972-8383-74-6
13. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6
14. Meleis AI, Trangenstein PA. Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch*. 1994 Summer;26(2):119-27.
15. Casey G. Modern advances in wound care. *Nurs N Z*. 2012 Jun;18(5):20–4.
16. Silva DM. Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*.

- 2002;26:1–9.
17. Drummond C. [Em linha] [Consultado em janeiro de 2018]. Disponível em https://www.pensador.com/autor/carlos_drummond_de_andrade/2/
 18. Deodato S. Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2010. Tese de Candidatura ao Grau Doutor em Enfermagem.
 19. Ceitil, M. Gestão e Desenvolvimento de Competências. Lisboa: Edições Sílabo;2010.
 20. Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS) [Em Linha] [Consultado em junho de 2017]. Disponível em <http://www.chks.co.uk/Quality-and-Accreditations>
 21. Redman BK. A prática da educação para a saúde. 9ª ed. Loures: Lusociência; 2003. ISBN 9728383398.
 22. Harding K, et al. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. Wounds International; 2015. Disponível em: www.woundsinternational.com
 23. Morison MJ, Moffatt CJ, Franks PJ. Úlceras de perna: uma abordagem baseada na resolução de problemas. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta; 2009. ISBN: 978-989-8075-25-3
 24. Universidade Católica Portuguesa. Guia de Estágio. Abril 2017
 25. Orem D. Nursing: Concepts of Practice. 6ª ed. St. Louis: Mosby; 2001.
 26. Petronilho F. A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização de recursos - Estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador. Lisboa: Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2013. Tese de Candidatura ao Grau Doutor em Enfermagem.
 27. Meleis AI, Sawyer LM, Im, EO, Hilfinger Messias DK, Shumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science. 2000 Sep; 23(1):12-28.
 28. Phaneuf M. Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto; 2001. ISBN 972-853-578-3
 29. Macedo A. Supervisão em Enfermagem: Construir as interfaces entre a Escola e o Hospital. 1ª Edição.Santo Tirso:De Facto Editores; 2012. ISBN: 978-989-8557-01-8.
 30. Ribeiro O, Cunha M. Contributo dos Enfermeiros na Formação Pré-Graduada. Millenium. 2010; 41 (julho/dezembro):123-144.
 31. Bajay H, Pedrosa M, Lourenço M, Cortez S, Paula M. Registro de Avaliação e

- Evolução de Feridas : Subsídios para Reflexão e Mudanças. Estima. 2003;1(2)
32. Alves D, Almeida A, Silva J, Morais F, Dantas S, Alexandre N. Tradução e adaptação do Bates-Jensen wound assessment translation and adaptation of bates-jensen wound assessment tool for brazilian culture. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2015; 24(3):826–833. doi.org/10.1590/0104-07072015001990014
 33. Lourenço M. Avaliação da ferida crónica. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2016. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Gestão e Economia da Saúde (Enfermagem).
 34. Falanga V. Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. *Wound Repair Regen*; 2000 Sep-Oct;8(5):347-52.
 35. Sibbald RG, Williamson D, Orsted HL, Campbell K, Keast D, Krasner D, Sibbald D. Preparing the wound bed—debridement, bacterial balance, and moisture balance. *Ostomy Wound Management*. 2000 Nov; 46 (11):14-22, 24-8, 30-5, quiz 36-7
 36. Despacho n.º 1400-A/2015 publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015
 37. McGoldrick M. Bag Technique: Preventing and Controlling Infections in Home Care and Hospice. *Home Healthcare Nurse*. 2014; 32(1): 39-45. DOI:10.1097/NHH.0000000000000003
 38. Direção-Geral de Saúde. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma n.º 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013
 39. Kenneley I. Infection Control in Home Healthcare: An Exploratory Study of Issues for Patients and Providers. *Home Healthcare Nurse*. 2012; 30(4):235-45 DOI: 10.1097/NHH.0b013e31824adb52
 40. Bakunas-Kenneley I, Madigan E. Infection prevention and control in home health care: The nurse’s bag. *American Journal of Infection Control*. 2009; 37(8):687-8. doi:10.1016/j.ajic.2009.03.004
 41. Aaltonen PM, Richards E, Webster K, Davis L. Use of the Public Health Nursing Bag in the Academic Setting. *School of Nursing Faculty Publications*. 2009; Paper 8:1-24. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00757.x>
 42. Lieutenant C. Environmental Sampling of Selected Public Health Nursing Bag Contents. *American Journal Of Public Health*. 1971 Sep; 61(9):1853-60
 43. Direção-Geral de Saúde. Abordagem Organizacional do Tratamento de Queimaduras. Norma n.º 024/2012 de 27/12/2012 atualizada a 02/12/2015
 44. Penedo J. et al. Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos.

2015. [Em Linha]. Relatório Final. Administração Central do Sistema de Saúde Disponível em file:///C:/Users/Particular/Desktop/especialidade/relatorio/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf
45. Ponce P, Mendes J. Manual de Medicina Intensiva. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda; 2015. ISBN: 978-989-752-070-9.
46. European Burns Association. European Practice Guidelines for Burn Care. Version 3 2015.docx:1-95
47. Sousa AR. O conforto como o centro da prática. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 2013. Relatório de estágio de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
48. Kolcaba KY. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Adv Nurs Sci.* 1992 Sep;15(1):1-10.
49. Ordem dos Enfermeiros. Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros [Em linha] 2005 Julho; 17:9-10. ISSN 1646-2629 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2005.pdf
50. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, sob proposta do Conselho de Enfermagem e do Conselho Diretivo, ouvidos o Conselho Jurisdicional e os conselhos diretivos regionais, a Assembleia Geral. Ordem dos Enfermeiros; 2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
51. Mateus C. Intervenções autónomas e Intervenções Interdependentes no tratamento de feridas: uma análise jurídica. *Revista Nursing Portuguesa.* 2009; 243:S2-4
52. Nunes L. Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Comunicação no Painel: Centralidade dos cuidados de enfermagem nas práticas. II Congresso Ordem dos Enfermeiros [Em linha] 2006:1-12. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf
53. Moore Z, Butcher G, Corbett LQ, AAWC, AWMA, EWMA. Position Paper: Managing Wounds as a Team. *J Wound Care.* 2014;23(5 Suppl):51–538.
54. Querido A, Salazar H, Neto I. Comunicação. In Barbosa A, Neto I. Manual de

- cuidados paliativos. 2ª ed. Lisboa : Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa; 2010
55. Freixo MJV. Teorias e Modelos de Comunicação. 2ª ed. Lisboa: Instituto Piaget; 2011
 56. Pacheco S, Viegas S, Rosa Z. Toque Terapêutico – fundamentação e aplicabilidade em enfermagem. Revista Nursing Portuguesa [Em linha] 2007;224. Disponível em: http://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3099-toque-terapeutico-fundamentacao-e-aplicabilidade-em-enfermagem#.WnNRe651_IU
 57. Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Aprovado pelo Decreto-Lei n.º161/96 de 4 Setembro, posteriormente alterado e republicado pela Lei n.º156/2015 de 16 de Setembro. Ordem dos Enfermeiros; 2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
 58. Jesus E. A decisão Clínica de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 1999. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.
 59. Ordem dos Enfermeiros. Formação em Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. 2013 [Em Linha] [Consultado em setembro de 2017]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/FormacaoemPadroesdeQualidadedosCuidadosdeEnfermagem.aspx>
 60. Deodato S. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Coimbra: Almedina.SA; 2008. ISBN 978-972-40-3401-0
 61. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
 62. National Health Service Midlands and East. SSKIN Pressure Ulcer Care Bundle Prevention. 2012 [Em Linha] [Consultado em outubro de 2017]. Disponível em: <http://www.nhs.stopthepressure.co.uk/path/docs/Prevention%20guidelines.pdf>
 63. Despacho n.º 10319/2014 publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014
 64. Campos L. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência. DGS. 2014:1-36. [Em Linha] [Consultado em outubro de 2017]. Disponível em

- http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%A4ncia_e_Urg%C3%A4ncia.pdf
65. INEM – Perguntas Frequentes: O que é uma VMER?. 2009. [Em Linha]. [Consultado em novembro de 2017]. Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27668
 66. Nunes F. Tomada de decisão de Enfermagem em emergência. Revista Nursing Portuguesa [Em linha] 2007; 219. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.U8gsJpRdWgE>
 67. Mussi F. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005; 18(1):72-81
 68. Sousa T. Competências de liderança nas chefias de enfermagem. Porto: Faculdade de Economia do Porto; 2012. Dissertação ao grau de Candidatura Mestre em Gestão e Economia de Serviços de Saúde
 69. Ordem dos Enfermeiros. Deontologia Profissional de Enfermagem. 2015; Agosto. ISBN: 978-989-8444-30-1
 70. Direção-Geral de Saúde. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Norma nº 020/2015 de 15/12/2015
 71. Oelke N, Lima M, Acosta A. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. Rev. Gaúcha Enferm. 2015set;36(3):113-7
 72. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n.º 1400-A/2015 - Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 2015

APÊNDICES

APÊNDICE I

As competências do enfermeiro gestor de feridas na equipa de saúde: revisão
integrativa da literatura

AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR DE FERIDAS NA EQUIPA DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Raquel Marques Silva¹, Filipa Veludo²

¹ Enfermeira, Hospital Garcia de Orta. Mestranda em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

² Professora Assistente, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Resumo

Introdução: O envelhecimento e as comorbilidades associadas são as principais causas do aparecimento de feridas, exigindo profissionais habilitados para dar resposta às necessidades dos clientes. ^{1,2} É neste sentido que emerge na literatura um termo ainda ténue «*wound navigator*» (gestor de feridas), que poderá potenciar a abordagem à pessoa com feridas, muitas vezes descrito como enfermeiro de viabilidade tecidular.

Objetivo: Identificar as competências do gestor de feridas na equipa e formular uma possível definição.

Método: Revisão integrativa da literatura (25/08/2017). Pesquisa eletrónica (CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, MEDLINE®) e manual em 12 associações da especialidade em viabilidade tecidular, utilizando a estratégia de pesquisa booleana: TI wound OR tissue viability OR ulcer AND AB nurs* AND AB care OR role OR skills OR patient care team OR navigator OR manager OR multidisciplinary OR interdisciplinary OR tissue viability service OR interven* OR pratic*. Critérios de inclusão: artigos que descrevam as competências, os conhecimentos, as habilidades e atitudes do GF; referências em português, inglês, espanhol e francês; sem limite temporal; textos integrais disponíveis. Decorrente do processo de amostragem sistematizados por leitura de título, resumo e texto integral, selecionou-se uma amostra de 19 referências (15 das bases de dados e 4 das associações).

Resultados: Após a análise dos estudos, agrupámos as competências mais frequentes em quatro domínios: a) cuidado (experiência no cuidado na prevenção e tratamento de feridas e em terapias avançadas e tomada de decisão clínica e ética), b) qualidade (formação de pares, clientes, cuidadores e população, formação pós graduada em tratamento de feridas

e viabilidade tecidual, investigação e auditoria), c) liderança (agente de mudança, trabalho em equipa e consultadoria) e d) gestão (controlo de custos e escolha de material e equipamentos). Definimos o termo de gestor de feridas, como o profissional de saúde proactivo, com conhecimentos específicos que mobiliza competências e os recursos disponíveis na otimização do cuidado ao cliente com ferida e sua família, capacitando-o para a gestão da sua situação de vida e saúde-doença, num sentido de parceria do cuidado e interdisciplinaridade.³

Conclusão: Este estudo traz contributos para o cuidado ao cliente com ferida, através da identificação dos domínios de atuação e competências do gestor de feridas, sendo possível desenvolver um projeto desde a conceção à implementação nesta área. Pretendemos no futuro que as competências que emergiram sejam analisadas por um painel de peritos em feridas e viabilidade tecidual em Portugal.

Palavras-chave: Gestor de Feridas, Competências, Papel, Enfermeiro de Viabilidade Tecidual

Introdução

Todos os sistemas de saúde modernos atravessam vários desafios, entre eles o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da sociedade, a vivência de uma era da informação e digital, a mutação da natureza da doença e os avanços nos tratamentos. No entanto, mesmo com a disponibilidade de tratamentos que salvam vidas, estes não curam a doença subjacente e o cliente vivencia processos complexos de saúde^{2,4}, como por exemplo o aparecimento de feridas.

As comorbilidades associadas ao envelhecimento são uma das principais razões para o aparecimento de alterações cutâneas^{2,4}, exigindo profissionais habilitados para dar resposta às necessidades dos clientes. Neste sentido começa a emergir na literatura a terminologia de «gestor de feridas» (*wound navigator*). Optou-se por usar a tradução precisa de Gestor de Feridas (GF), em vez de gestor da situação do cliente com ferida, porque como refere o poeta Drummond “escrever é arte de cortar palavras”, evitando palavras que alonguem a frase.

Atualmente vivemos a massificação de idosos internados, sendo que o seu internamento hospitalar aumenta a prevalência de lesões cutâneas, com risco acrescido para a infeção e mau prognóstico.¹ Estima-se que mais de 23% dos clientes internados tenham uma

Úlcera Por Pressão (UPP) e que esta ocorre durante o internamento por uma agudização da doença crónica.⁶ A saúde da pele, o maior órgão do corpo humano adulto, é essencial para a qualidade de vida dos clientes e uma componente central do cuidado de enfermagem.⁷ As UPP são um indicador da qualidade do cuidado e a meta a ser alcançada é ausência de UPP⁸, assim sendo torna-se uma preocupação para todos os enfermeiros mas especialmente para o GF.

No início da década de 1980, em Inglaterra, o papel do enfermeiro que cuida do cliente com ferida é descrito pela primeira vez na literatura como «Tissue viability nurse».⁹ Na literatura são encontradas outras designações como: “enfermeiro especialista em viabilidade tecidual”, “enfermeiro de cuidados à ferida”, “consultor de enfermagem de viabilidade tecidual” e “enfermeiro principal de viabilidade tecidual”¹⁰. Independentemente das terminologias utilizadas nós optámos por GF, uma vez que dinamiza os atributos de todas as definições identificadas na literatura, sendo o mais importante definir o seu perfil de competências.

De forma a operacionalizar uma abordagem centrada no cliente com ferida, sendo este o core de todo o processo da tomada de decisão, é necessária a intervenção de um líder com competências específicas na área de viabilidade tecidual defensor dos interesses e necessidades do cliente e família, ou seja, do GF.³

Nos últimos anos houve um aumento da procura dos enfermeiros GF por múltiplos fatores, entre eles: a) a inversão da pirâmide etária que leva ao aumento da incidência das feridas crónicas; b) o aumento exponencial com os custos no tratamento de feridas; c) o reconhecimento da população acerca da existência destes profissionais; d) novos avanços tecnológicos e evolução de tratamentos inovadores (material de pensos, terapia tópica por pressão negativa, substitutos sintéticos da pele, entre outros); e) rápida expansão dos conhecimentos; f) aumento da necessidade de profissionais qualificados; g) maior complexidade das equipas que necessitam de coordenação na área das feridas e viabilidade tecidual.¹¹

O tratamento de uma ferida complexa pode custar entre 6650€ e 10000€ por cliente, sendo o peso dos custos totais do cuidado com feridas de 2 a 4% dos orçamentos europeus para o cuidado de saúde. É provável que 27 a 50% das camas hospitalares do cuidado de agudos sejam diariamente ocupadas com clientes com feridas.¹²

Dada a problemática em análise e pertinência do tema para a qualidade do cuidado, a presente Revisão Integrativa da Literatura (RIL) pretende responder à questão de partida “*Quais as competências específicas do gestor de feridas?*”. Desta forma identificaram-se as competências, os conhecimentos, as habilidades e atitudes do GF e formulou-se a definição do termo, através da interpretação dos resultados. A descrição das competências profissionais é basilar para a avaliação da aprendizagem, enquanto processo integrado no qual o enfermeiro assimila valores e desenvolve conhecimentos, habilidades e competências para a gestão do cuidado ao cliente com ferida.^{13,14} O conhecimento claro das competências específicas do GF facilitará o trabalho dos líderes e instituições na identificação dos enfermeiros que devam assumir esta função enquanto agentes de mudança e promotores de boas práticas, com vista à melhoria contínua da qualidade do cuidado de enfermagem, obtenção de ganhos em saúde para o cliente portador de ferida e de valor para o cuidado de saúde.¹⁵

Método

De acordo com a natureza da questão de partida emergem os objetivos de descrever as competências específicas do GF e formular uma definição para o termo GF. Optou-se por uma RIL para colmatar a lacuna do conhecimento atual e facilitar a compreensão do termo.

A estruturação deste trabalho tem por base «wound navigator», que emerge na literatura internacional e que traduzimos como «gestor de feridas».

Utilizou-se na pesquisa eletrónica pelas bases de dados CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, MEDLINE® e pesquisa manual em associações nacionais e internacionais da área do tratamento de feridas e viabilidade tecidual (Wounds International, EWMA - European Wound Management Association, American Board of Wound Management, Wounds Canada, Tissue Viability Society, Tissue Viability Scotland, Wound UK, ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas, APTF - Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, GAIF - Grupo Associativo de Investigação em Feridas, Sociedad Ibero-latinoamericana Úlceras y Heridas). Foi utilizada a estratégia de pesquisa booleana: TI (wound OR tissue viability OR ulcer) AND AB (nurs*) AND AB (care OR role OR skills OR patient care team OR navigator OR manager OR multidisciplinary OR interdisciplinary OR tissue viability

service OR interven* OR pratic*), nos idiomas Português, Inglês, Espanhol e Francês, sem limite temporal, textos completos e acesso gratuito.

Definiram-se os critérios de elegibilidade operacionalizados no quadro 1.

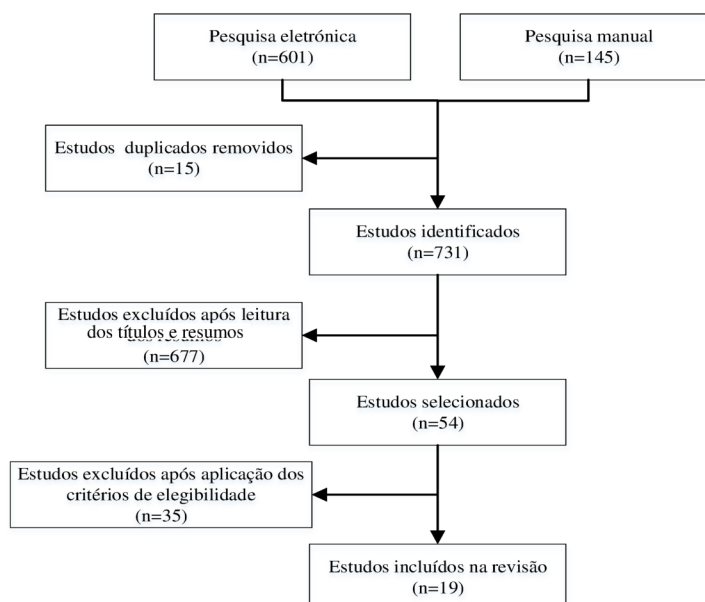
Quadro 1 | Critérios de elegibilidade

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
P – Participantes	Enfermeiros, outros profissionais de saúde e clientes com ferida	Clientes sem ferida
E – Condição, exposição	Cuidado ao cliente com ferida	Não envolvam o cuidado ao cliente com ferida
O – Resultados	Competências, conhecimentos, habilidades ou atitudes do gestor de feridas ou enfermeiro de viabilidade tecidular	Não identifique as competências, conhecimentos, habilidades ou atitudes
S – Desenho do estudo	Nível 1 a 5 https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf	

A pesquisa foi efetuada a 25 de agosto de 2017 e obtiveram-se 601 estudos na pesquisa eletrónica e 145 estudos na pesquisa manual. A seleção da amostra teve por base os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de exclusão dos artigos relacionaram-se à não pertinência da questão de investigação e falta de informação dos parâmetros considerados importantes para análise: participantes; intervenções; resultados; e desenho do estudo. Também consideraram-se, na seleção dos estudos, as referências bibliográficas mencionadas nos artigos seleccionados. Foi realizada a leitura dos títulos e resumos, seguida a leitura integral das publicações seleccionadas e passíveis de serem acedidas gratuitamente. Após aplicação dos critérios de elegibilidade (quadro 1) decorrentes do processo de amostragem incluíram-se 19 artigos para o estudo (figura 1).

A figura seguinte representa o fluxograma da seleção da amostra.

Figura 1 | Fluxograma do processo de amostragem



Após leitura completa dos artigos, foi realizada a análise de conteúdo de Bardin¹⁶ e extraídas as categorias que correspondem aos domínios das competências e as subcategorias com os respetivos conhecimentos, habilidades, atitudes ou competências do GF.

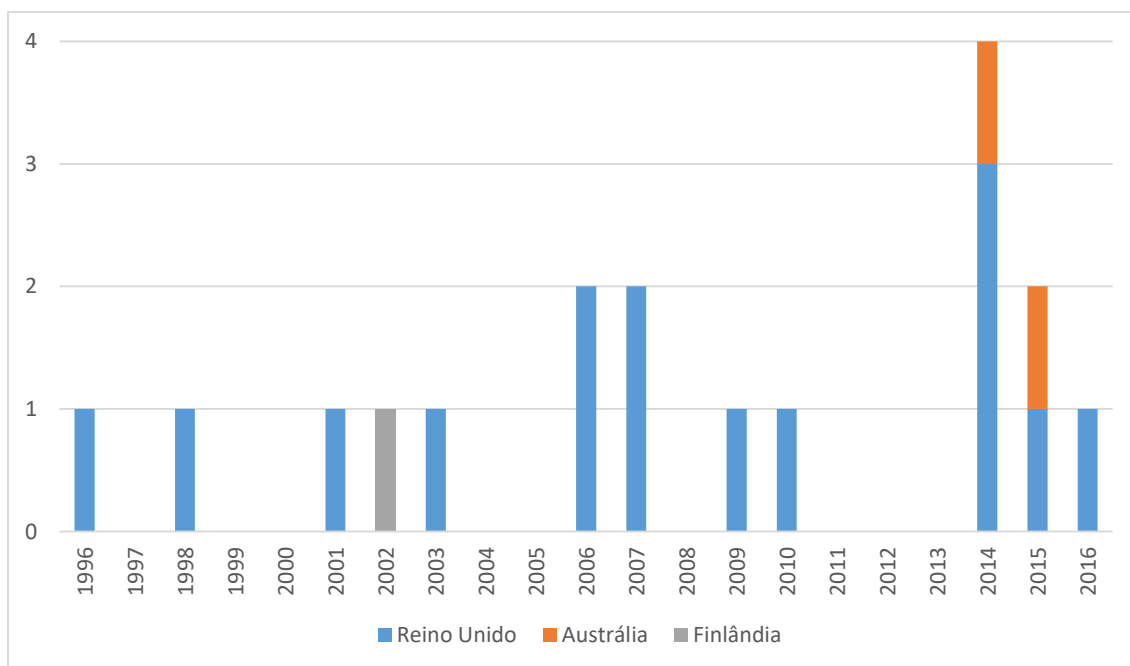
Resultados e Discussão

A análise dos artigos selecionados para a RIL, foi realizada de acordo com título, autor, ano, país, participantes, objetivo do estudo, resultados e desenho do estudo.

A amostra em estudo tem baixa evidência pois situa-se entre os níveis 3 e 5.¹⁷ O facto do nível de evidência ser baixo poderá despoletar o interesse dos investigadores para a sua incrementação, face à atualidade e pertinência do fenómeno no âmbito do cuidado humano. Os estudos incluídos são na grande maioria (84,2%) do Reino Unido (RU), sendo em 2014 o ano em que mais se publicou sobre o assunto. O RU tem-se dedicado à temática, uma vez que é reconhecida à enfermagem a especialidade em feridas e viabilidade tecidular em que a enfermeira registada é autorizada a desempenhar essas funções.

O gráfico seguinte representa a distribuição da amostra segundo ano de publicação e afiliação dos autores.

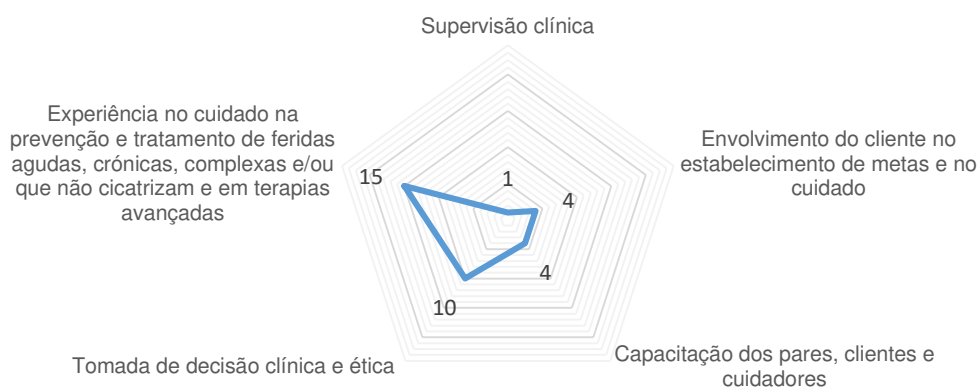
Gráfico 1 | Distribuição da amostra segundo o ano de publicação e afiliação dos autores



Neste estudo, decorrente da análise hermenêutica dos dados, emergiram quatro domínios de competências do GF: a) cuidado (gráfico 2); b) qualidade (gráfico 3); c) liderança (gráfico 4); d) gestão (gráfico 5). Os domínios da liderança, qualidade e cuidado já tinham sido referenciados na literatura¹⁸, no entanto da análise que realizámos de outros estudos surgiu a pertinência da inclusão do domínio da gestão. A frequência apresentada nos gráficos seguintes refere-se ao número de artigos que citam a competência, habilidade ou atitude.

No domínio do cuidado (gráfico 2) as competências mais referidas, em cerca de 80% (n=15) dos estudos, são a «experiência no cuidado na prevenção e tratamento de feridas agudas, crónicas, complexas e/ou que não cicatrizam e em terapias avançadas», seguida da «tomada de decisão clínica e ética» (n=10).

Gráfico 2 | Competências do gestor de feridas: domínio do cuidado



No domínio do cuidado, as competências mais referidas, em cerca de 80% (n=15) dos estudos, são a «experiência no cuidado na prevenção e tratamento de feridas agudas, crónicas, complexas e/ou que não cicatrizam e em terapias avançadas», seguida da «tomada de decisão clínica e ética» (n=10).

O domínio do cuidado engloba todos os aspetos que se relacionam com a tomada de decisão clínica e ética na área da viabilidade tecidual. Inclui também a abordagem holística com vista à satisfação das necessidades dos clientes portadores de feridas, a capacitação dos pares, clientes e cuidadores e a supervisão clínica.^{2,3-5,10,11,15,18-25} O gestor de feridas é o defensor dos interesses do cliente e ao formular o plano do cuidado conjuga as suas necessidades sentidas, os objetivos de tratamento e o cuidado adequado centrado no cliente.⁴ O GF também tem a preocupação constante na preparação do regresso a casa.

O GF possui a capacidade de prescrever o melhor cuidado para e com o cliente, mas também atua no seu campo de ação, de modo a desenvolver a sua tomada de decisão preventiva, diagnóstica e terapêutica em clientes com feridas agudas, crônicas, complexas e/ou de difícil cicatrização e em terapias avançadas. Exemplos condições dermatológicas às quais os GF podem desenvolver áreas de atuação são feridas cirúrgicas, traumáticas, UPP, úlceras de perna (UP), síndrome do pé diabético, estomaterapia, ferida maligna, dermatites associadas à incontinência (DAI), quebras cutâneas, entre outras e em terapias avançadas como por exemplo terapia tópica de pressão negativa, terapia com larvas, ultrassons, eletroterapia, terapia tópica com oxigênio, câmara hiperbárica, fatores geneticamente modificados, entre outros. As feridas complexas mais referidas nos artigos como alvo do cuidado dos GF foram as UPP e UP.^{2,3-5,10,11,15,18-25} As áreas de atuação do GF desenvolvem-se no hospital, comunidade e em clínicas privadas.^{2,20}

O GF não se limita apenas à tomada de decisão clínica mas também deve discutir as questões éticas de forma lógica e razoável em equipa, aplicar os princípios éticos na prática e analisar os dilemas éticos com que se depara.^{18,22} O limite da autonomia do GF não ficou definido, no entanto foi referido que é relevante fornecer as orientações claras em relação aos limites profissionais, que muitas vezes seguem as recomendações ou legislação nacional/local. À semelhança de outros papéis do enfermeiro especialista, o enfermeiro GF age de forma autónoma.^{18,27}

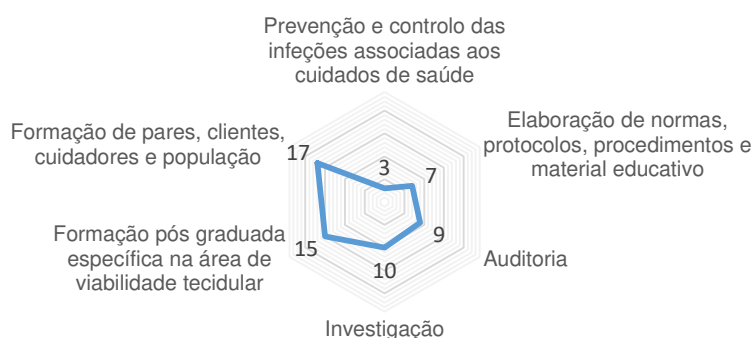
A capacitação dos clientes, geralmente referida como empoderamento (empowerment) engloba e incorpora os princípios/filosofia de que a viabilidade tecidular cria oportunidades para os clientes recuperarem a sua independência física, psicológica e social.^{2,18,26} Os autores referem que é necessário habilitar os seus pares. Esta ideia vai ao encontro que não basta isoladamente ensinar ou instruir ou treinar, é preciso capacitar (ensinar e instruir e treinar) de modo a que os clientes, cuidadores e os pares sejam capazes de agir.

O GF não pode agir isoladamente, deve envolver o cliente/família no estabelecimento de metas e plano do cuidado.^{2,3,4,10} Por vezes, as intervenções terapêuticas baseadas em evidência planeadas para o cliente, embora incorporadas, passam para segundo plano porque não têm em conta a perceção do cliente ou os seus objetivos, exigindo do enfermeiro uma abordagem criativa e esforços para que compreenda as razões do tratamento e benefícios.³

A supervisão clínica foi referida como a competência que o GF deve desenvolver para monitorizar e proporcionar a melhoria do cuidado dos seus pares. Para que a supervisão seja encarada como favorável é necessário que as interações se desenvolvam num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante.^{19,28}

No domínio da qualidade (gráfico 3) as competências mais referidas, em cerca de 90% (n=17) dos estudos, são a «formação de pares, clientes, cuidadores e população», seguida da «formação pós graduada específica na área de viabilidade tecidular» (n=15) e da «investigação» (n=10).

Gráfico 3 | Competências do gestor de feridas: domínio da qualidade



O domínio da qualidade envolve a gestão do risco e manutenção de um ambiente psicossocial que promova a segurança, proteção e níveis ótimos de saúde, assim como atividades em que o GF é formador e formando, promovendo o seu autodesenvolvimento.^{2,4,5,10,11,15,19-25}

A competência mais frequente foi «formação de pares, clientes, cuidadores e população», em que o GF assume o papel de formador e o público-alvo pode ser o cliente, cuidador, população e os pares, num ambiente formal e informal, que implica um processo dinâmico e interativo. Importa partilhar e disseminar os conhecimentos e o GF deve ter essa capacidade. Desta forma, também promove o desenvolvimento pessoal e profissional. Será necessário avaliar as necessidades de formação, desenvolver um plano de formação e estabelecer resultados mensuráveis à prática de enfermagem.^{2,4,5,10,11,15,19-26}

Entre os autores é unânime que é necessária formação pós graduada específica na área de viabilidade tecidular, não sendo apenas necessário “fazer” mas também “saber agir”. Referem que a formação durante o curso de licenciatura em enfermagem é insuficiente

nesta área, e que é necessário que o enfermeiro na sua formação contínua promova o seu desenvolvimento pessoal e profissional, frequentando pós graduação, especialização ou mestrado na área de viabilidade tecidular.^{2-4,15,19-25} Há autores que acrescentam que deve ser exigido no mínimo um mestrado, como forma de serem desenvolvidas as competências de análise e avaliação crítica da investigação relevante e implementação dos dados significativos da pesquisa.¹⁰ É igualmente pertinente participarem em conferências onde o GF está envolvido no processo de audiência especializada, assim como atualizar-se e transferir os seus conhecimentos para o seu local de trabalho.¹⁰

Em Portugal, ainda há um longo caminho a percorrer que deverá começar pela valorização e criação da especialização em enfermagem no cuidado ao cliente com ferida e viabilidade tecidular, à semelhança do que se passa no Reino Unido desde os anos 80. Em 2017, foi apresentado o plano curricular para os enfermeiros GF de modo a normalizar as qualificações, que assentam no saber, saber-fazer e saber-estar. Os conteúdos programáticos centram-se no papel do enfermeiro na prevenção, prática baseada em evidência, educação para a saúde e promoção do autocuidado, Modelo de Cuidados Transicionais (cuidado centrado no cliente), tipos de feridas e processo de cicatrização, nutrição e cicatrização das feridas, microbiologia, agentes antimicrobianos e limpeza das feridas, tipos de desbridamento, cicatrização em ambiente húmido, opções de terapias avançadas ou não convencionais, UPP, síndrome do pé diabético, úlceras dos membros inferiores, aspetos legais, éticos e económicos do cuidado e registos de enfermagem.²⁷

Outra competência será a auditoria, em que o GF está em constante articulação com departamento da qualidade. Dentro desta competência surgem várias atividades que o GF deve desempenhar, como por exemplo elaboração de ferramentas de auditoria e avaliação da sua confiabilidade e validade. Deve realizar auditorias sobre o funcionamento do material de alívio de pressão (colchões e almofadas), a infeção do local cirúrgico e ferida crónica, a satisfação dos clientes, as intervenções implementadas para reduzir as UPP, entre outras. Também identificar os sistemas de classificação, benefícios e desvantagens de cada um e de ferramentas de avaliação de risco e evidência na sua implementação. Para desenvolver esta competência deverá efetuar a gestão das não conformidades e análise de causa raiz dos incidentes e demonstrar conhecimentos e implementar metas acordadas a nível nacional e internacional.^{2,18}

Na competência da investigação deve produzir evidência baseada em estudos de incidência e prevalência das feridas, satisfação e qualidade de vida do cliente portador de

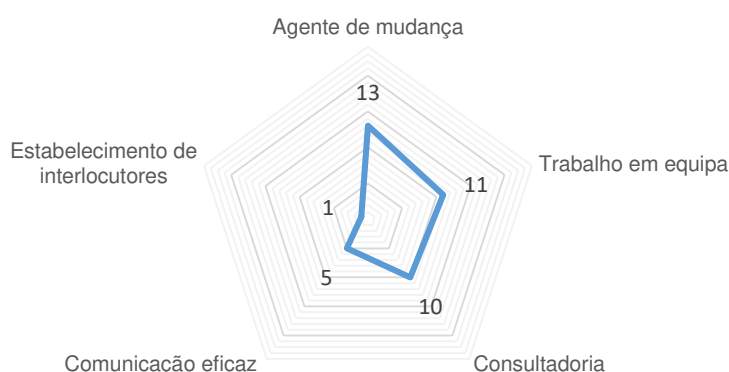
ferida, intervenções implementadas e impacto do papel do GF no seio da equipa. Por outro lado deve saber interpretar os resultados e aplicar o conhecimento produzido pela evidência.^{2,10} Nesta competência o GF deve implementar métodos de recolha de dados, fazer o ensino sobre esses e envolver outros elementos da equipa nesta atividade assim como identificar áreas problemáticas e de não adesão, de modo a desenvolver esta área de atuação. Há pouca evidência do impacto dos enfermeiros especializados em viabilidade tecidular nos cuidados de saúde primários e hospitalares. Torna-se pertinente desenvolver estudos que demonstrem que as intervenções dos GF são fundamentais para os clientes e instituições, assim como o seu contexto, âmbito prático e impacto.² É possível fornecer dados sob a forma de resultados para demonstrar que as intervenções do GF trazem benefícios para o cliente e instituição como por exemplo, as taxas de amputação, a incidência e prevalência de UPP, a taxa de cicatrização ou modificação positiva na cicatrização das feridas, o controlo da dor, satisfação dos clientes (relatado pelo cliente), eficácia da equipa, o nível de autocuidado após uma abordagem em equipa na educação para saúde sobre o cuidado a com os pés e a avaliação da qualidade de vida.^{3,4}

O GF deve demonstrar conhecimentos sobre as normas e iniciativas lançadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) e associações nacionais e internacionais de feridas^{2,18}, assim como contribuir para a elaboração de normas da DGS e normas, protocolos, procedimentos e material educativo na área das feridas e viabilidade tecidular no seu local de trabalho.¹⁰

Foi relatado que o GF pode melhorar os resultados para o cliente através da prevenção e identificação precoce da infeção.¹⁰ Num estudo desenvolvido em Portugal no ano de 2012 com o objetivo de conhecer a prevalência de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) em unidades de cuidados continuados integrados e o uso de antimicrobianos, identificou-se uma prevalência global de infeção adquirida de 8,1%, sendo a infeção da pele e tecidos moles e das feridas a mais frequente, correspondendo a mais de um terço das infeções identificadas.²⁹ Sendo estes números consideráveis o GF deve intervir nesta área, ao monitorizar por exemplo, as taxas de infeção do local cirúrgico, as admissões por celulite dos membros inferiores e a infeção na ferida crónica¹⁰, desenvolvendo deste modo a competência «prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde».

No domínio da liderança (gráfico 4) as competências mais referidas do GF, em cerca de 70% (n=13) dos estudos, são «agente de mudança» e o «trabalho em equipa» (n=11).

Gráfico 4 | Competências do gestor de feridas: domínio da liderança



O GF ao adotar o papel de líder, deve atuar como um consultor, implementar e disseminar as alterações necessárias, movendo a equipa nesse sentido.^{2,18}

É exigido ao GF a mestria de saber comunicar com os diversos elementos, de modo a que a mensagem seja percebida, sendo essencial motivar o outro e que lhe seja conferida a credibilidade clínica. Deverá por vezes estabelecer-se uma comunicação tripartida entre o GF, o cliente e o profissional de saúde local, facilitando a prática interdisciplinar.^{3,4,20,30}

Ser um agente de mudança, foi uma competência consistente reconhecida como necessária ao GF, este terá que ter a capacidade de mudar comportamentos dos clientes, pares e instituições, com argumentação devidamente fundamentada em evidência.^{2,10,15,18-23,30,31}

O trabalho em equipa deve desenvolver-se em todos os sentidos, na parceria do cuidado com o cliente e família, interdisciplinar e intra equipa. Estabelecer um grupo coeso para definir estratégias de trabalho, metas e objetivos coletivos a alcançar, será necessário assim como uma liderança coletiva e nomear um colaborador de grupo. Espera-se que o GF trabalhe de forma colaborativa para promover e apoiar inovações no âmbito da viabilidade tecidular, reduzir a variação do cuidado nas diferentes áreas, para assegurar o uso efetivo dos recursos, para permitir que os membros sejam apoiados pelos pares, possibilitando oportunidades de desenvolvimento pessoal e defendam práticas baseadas em evidência. Torna-se eficaz desenvolver diretrizes comuns na abordagem ao cliente com ferida, estabelecer um sistema de comunicação efetiva e segura entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, de forma a proporcionar educação compartilhada e devido encaminhamento.^{2,3,5,15,18,21,22,24,25,30,31}

A essência da abordagem em equipa ao tratamento de feridas reside na interdependência da equipa, na partilha de responsabilidades e na responsabilização pela obtenção dos resultados desejados. Cada elemento contribui com base nos seus conhecimentos e experiência. As equipas podem ser constituídas por enfermeiros, médicos de diversas especialidades, podologista, nutricionista, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, cliente, família, equipa de investigação e gestores. Todos os elementos da equipa são igualmente importantes, incluindo o cliente. Estudos demonstram que o cuidado prestado por uma equipa com diferentes especialidades resultam em taxas de cicatrização favoráveis quando comparadas com o cuidado de uma equipa com uma única especialidade.^{3,10}

Algumas estratégias para a implementação de equipas interdisciplinares são: formação sobre o funcionamento de uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar a todos os participantes; dinâmica de equipa que vá para além das tradicionais fronteiras e hierarquias profissionais; processo de equipa que facilite o consenso de grupo; agendamento das reuniões de equipa; desenvolvimento de protocolos com vista ao envolvimento dos clientes e familiares; sistemas de comunicação eficazes e seguros (incluindo as tecnologias de telecomunicação); e implementação de mecanismos de remuneração que respondam às necessidades do cliente, ao mesmo tempo que reconheçam as necessidades e obtenção de rendimentos por parte dos profissionais de saúde.^{3,30}

O GF deverá ter a capacidade de reconhecer os seus limites e realizar o respetivo encaminhamento para o profissional de saúde mais habilitado para dar resposta ao problema do cliente. Os mecanismos de encaminhamento tornam-se essenciais porque o cliente ao longo do processo de cicatrização da sua ferida necessita de um cuidado continuado que varia entre cuidado agudo a crónico com necessidades físicas e psicossociais, necessitando de uma equipa interdisciplinar.^{3,10,18,31} É exigido ao GF que possua conhecimentos adicionais sobre o contributo de cada profissional de saúde para o cuidado integral do cliente, mecanismos de encaminhamento e remuneração. Por sua vez é importante o reconhecimento do papel do GF na equipa, de forma a facilitar os processos de análise urgente, discussão de casos e transferência eficaz dos registos dos clientes.³

A competência de consultadoria deve ser desenvolvida com objetivo de apoiar a decisão dos pares nas melhores práticas, que poderá ser realizado presencial, telefonicamente ou

por correio eletrónico, deste modo prevê-se que o GF tenha um contato direto para desempenhar este papel.^{2,10,19,18,21-25}

Uma estratégia para manter o cuidado continuado será estabelecer interlocutores nos serviços, devido à escassez e diversas funções assumidas pelos GF.²⁴ O papel do interlocutor é preciso nas áreas de formação e fonte de referência, de forma a facilitar a comunicação, assim como assegura que as melhores práticas recomendadas são aplicadas. Deve ser atribuída esta função ao enfermeiro que seja entusiasta, motivado e voluntário, e que frequente formação profissional na área das feridas e viabilidade tecidual.³¹

No domínio da gestão (gráfico 5) as competências mais referidas, em cerca de metade dos estudos são o «controlo de custos» e «escolha de material e equipamentos».

Gráfico 5 | Competências do gestor de feridas: domínio da gestão



O domínio da gestão refere-se à importância do cuidado que atenda às necessidades dos clientes mas que também faça a gestão dos recursos de forma eficaz, uma capacidade cada vez mais exigida pelos sistemas de saúde, que obriga a uma competência acrescida na área da gestão.^{2,4,10,15, 19-21,24,25}

Há uma infinidade de produtos disponíveis para o tratamento de feridas e o GF deve garantir que os produtos escolhidos são apropriados em custo-eficácia. Portanto, o conhecimento de uma vasta gama de equipamentos e produtos disponíveis no mercado é necessário para fornecer um cuidado efetivo. Uma das vantagens de construir protocolos dos produtos a usar em cada fase de cicatrização e/ou tipo de ferida não é só para orientar a tomada de decisão dos pares, mas sim diminuir custos com escolhas desadequadas.^{2,4,10,21,24}

Os custos do tratamento são mais elevados entre os profissionais que não frequentam formação acreditada específica e os custos tendem a reduzir à medida que o número de horas de formação cresce³². Assim, o GF que possui conhecimentos avançados na área de viabilidade tecidual tem uma tomada de decisão mais consistente e consegue diminuir os custos associados aos erros clínicos, más práticas e desempenho deficientes. Também deve assegurar que os produtos disponíveis são usados eficazmente e de acordo com as suas indicações.^{10,32}

O GF deve ser envolvido na escolha de material de pensos e equipamentos utilizados na prevenção e tratamento (alívio de pressão, camas, entre outros). Articular-se com a gestão de topo sobre a prestação de serviços e fornecedores para garantir o melhor valor e assegurar a disponibilidade dos equipamentos. Também deverá contabilizar os gastos com a formação e treino da equipa.¹⁰

Uma das atividades que deve ser desempenhada pelo GF e desafiante é a escolha de produtos a serem listados nos formulários das instituições, pois as evidências disponíveis não são baseadas em ensaios clínicos, mas sim em estudos de caso. A prática baseada em evidência deve apoiar essa escolha, mas na realidade, a maioria é baseada na intuição, na experiência clínica e condições específicas.²⁴

Quando o GF escolhe o material de pensos, não pode apenas pensar no custo unitário de cada tratamento, é necessário refletir no custo total a longo prazo. O GF tem de fazer o cálculo em relação aos benefícios para o cliente (maior conforto, qualidade de vida e cicatrização acelerada), tempo de enfermagem gasto no cuidado, vezes necessárias de mudança do material de penso e menor tempo de internamento hospitalar.³³

Com tudo o que foi mencionado, o GF é um profissional detentor de vários conhecimentos e com perfil de competências de prática avançada em clientes com feridas complexas, elemento necessário numa equipa de saúde. A seguinte representação esquemática responde ao nosso objetivo de estudo.

Figura 2 | Representação esquemática das competências do gestor de feridas



Com esta RIL percebemos apesar da existência do GF, não há reconhecimento na literatura, e como tal sugere-se investigação adicional³, no entanto comparando as suas funções são idênticas à do enfermeiro especialista em feridas e viabilidade tecidular. A analogia foi realizada porque a literatura refere que o GF deve ser o profissional de saúde mais capacitado para desempenhar esse papel e não recomendam o profissional escolhido pelo cliente ou o primeiro a estabelecer contacto.³ Utilizou-se o termo GF por considerarmos que é inovador, dinamizador e mais abrangente, dando ênfase à parceria do cuidado, capacitação dos clientes e cuidadores, em que o cliente é o centro de todo o processo de tomada de decisão.^{2,3} Também consideramos o termo enfermeiro de feridas e viabilidade tecidular redutor, uma vez que este elemento abarca um maior leque de competências do que única e exclusivamente o tratamento de feridas.

A enfermagem desde os primórdios tem-se preocupado com o cuidado do cliente portador de feridas e com o passar dos anos foi havendo um crescente interesse nesta área e um investimento científico.³⁴ Os estudos sobre tratamento de feridas recebem grande destaque nas publicações de enfermagem, o mesmo não ocorre nas publicações médicas. Também são os enfermeiros que mais contacto estabelecem com os clientes, o que os torna privilegiados em relação à oportunidade do cuidado de qualidade e monitorizarem diariamente os resultados obtidos.^{7,35}

A profissão com maior ênfase em competências não técnicas, como por exemplo técnicas de comunicação, trabalho em equipa, modelos de cuidado centrados nos clientes e nos seus processos de transição, é a enfermagem competências essas que são indispensáveis ao GF. As filosofias atuais no cuidado ao cliente com ferida crónica parecem sugerir uma grande mudança de responsabilidade do médico para o enfermeiro. Posto o exposto, o enfermeiro parece ser o profissional mais capacitado para assumir essa função.

Analisando as competências, habilidades e atitudes do GF surge a seguinte definição: profissional de saúde proactivo, com conhecimentos específicos na área que mobiliza competências e recursos disponíveis na otimização do cliente com ferida e sua família, capacitando-o para a gestão da sua situação de vida e saúde-doença, num sentido de parceria do cuidado e interdisciplinaridade.³ O seu campo de ação abrange o domínio do cuidado, qualidade, liderança e gestão.

O GF poderá ser encarado como o defensor dos interesses do cliente em que se assume seu parceiro e advogado posicionando-se ao seu lado. O GF ao garantir todo o cuidado requerido por um cliente corresponsabiliza-se com ele neste processo.³ O GF sai para além da esfera do cuidado exclusivo da viabilidade tecidual, uma vez que uma ferida não é apenas uma lesão localizada na pele, mas sim um síndrome com impacto na qualidade de vida dos clientes, que envolve diminuição da mobilidade, dor, sofrimento, isolamento social pelo odor e exsudado, depressão, baixa autoestima e custos.³⁶

Entendemos que um alargamento a mais bases de dados, assim como a inclusão da totalidade dos artigos no processo de amostragem, mesmo aqueles cujo acesso é pago, poderia ter consolidado ou acrescentado outros resultados relevantes. A revisão no processo de amostragem a um só revisor também é por nós assumido como uma limitação do estudo.

Conclusão

A presente RIL demonstrou-se pertinente para colmatar a lacuna do conhecimento atual sobre as competências do GF e facilitar a compreensão do termo empregue. De acordo com os nossos objetivos de estudo, emergiram quatro domínios de competências do GF: cuidado, qualidade, liderança e gestão e a seguinte definição de GF: Profissional de saúde proactivo, com conhecimentos específicos na área de viabilidade tecidual que mobiliza competências e recursos disponíveis na otimização do cliente com ferida e sua família, capacitando-o para a gestão da sua situação de vida e saúde-doença, num sentido de

parceria do cuidado e interdisciplinaridade. O GF reconhece aos clientes a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito.³

O GF é elemento necessário para reduzir os riscos e custos, melhorar as taxas de cicatrização, resultados efetivos para os clientes e proporcionar cuidado especializado, contribuindo para o bem-estar do cliente com ferida. ^{1,2,4,21}

Este estudo poderá trazer contributos para os clientes com feridas, através da identificação dos domínios de atuação e competências do GF as instituições podem adotar e formalizar equipas compostas por estes elementos, enquanto agentes de mudança e promotores de boas práticas, com vista à melhoria contínua da qualidade do cuidado de enfermagem, obtenção de ganhos em saúde para o cliente portador de ferida e de valor para os cuidados de saúde.¹⁵ Torna-se necessário que o cuidado seja centralizado em equipas interdisciplinares, constituídas por GF e outros elementos importantes na satisfação das necessidades dos clientes com feridas. ^{2,3,37}

Pretendemos no futuro que a síntese das competências seja analisada por um painel de peritos em feridas e viabilidade tecidular em Portugal.

Referências Bibliográficas

1. Bianchi J. Preventing, assessing and managing skin tears. *Nurs Times*. 2012;108(13):12, 14, 16.
2. Dutton M, Chiarella M, Curtis K. The role of the wound care nurse: an integrative review. *Br J Community Nurs*. 2014 Mar;Suppl:S39-40, S42-7.
3. Moore Z, Butcher G, Corbett LQ, AAWC, AWMA, EWMA. Position Paper: Managing Wounds as a Team. *J Wound Care*. 2014;23(5 Suppl):51–538.
4. Milne J, Ousey K. Tissue viability 2010 -2015:from good to great. *Br J Community Nurs*. 2010 Sep;Suppl:S18, S20, S22 passim.
5. Haworth M. Wound care teams: redesigning community nursing services. *Br J Community Nurs*. 2009 Sep;14(9):S16-22.
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Summary report on the prevalence of pressure ulcers. *EPUAP Rev*. 2002;4(2):49–57.
7. Rosa Silva CF, Santana RF, de Oliveira BGRB, do Carmo TG. High prevalence of

- skin and wound care of hospitalized elderly in Brazil: a prospective observational study. *BMC Res Notes*. 2017 Feb 2;10(1):81.
8. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n.º 1400-A/2015 - Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 2015.
 9. Dowding C. Pressure sores. 3. Tissue viability nurse--a new post. *Nurs Times*. 1983;79(24):61–2, 64.
 10. Ousey K, Atkin L, Milne J, Henderson V. The changing role of the tissue viability nurse: an exploration of this multifaceted post. *Wounds UK*. 2014;10(4).
 11. Flanagan M. The role of the clinical nurse specialist in tissue viability. *Br J Nurs*. 1996;5(11):676–81.
 12. Posnett J, Gottrup F, Lundgren H, Saal G. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care*. 2009 Apr;18(4):154–61.
 13. Comissão Interministerial para o Emprego. Terminologia de Formação Profissional: Alguns Conceitos de Base - III. Coleção Cadernos de Emprego. Lisboa; 2001.
 14. European Centre for the Development of Vocational Training. Terminology of European education and training policy. Second Edi. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
 15. Olsen K, Stephenson J, Carter B. Tissue Viability Leading Change Competency Framework : Preliminary Analysis of Use. *Wounds UK*. 2016;12(3):30–4.
 16. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010
 17. New JBI Levels of Evidence. Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013. Retirado de: https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
 18. Finnie A, Wilson A. Development of a tissue viability nursing competency framework. *Br J Nurs*. 2003 Mar;12(6 Suppl):S38-44.
 19. Flanagan M. The impact of change on the tissue viability nurse specialist: 1. *Br J Nurs*. 1998;7(11):648–57.
 20. Fox C. Perceptions of tissue viability nurses of their current roles. *Br J Nurs*. 2001;10(11 Suppl):S10-2, S15-6.

21. Seppänen S. The Professional Role and Competence of Tissue Viability Nurses in Finland. *EWMA J.* 2002;2(1):15–8.
22. Gibson L, McAloon M. How do nurses perceive the role of the TVNS? *Wounds UK.* 2006;2(4):36–41.
23. Benbow M. Where is tissue viability in 2007? *J Community Nurs.* 2007;21(1):13–6.
24. Pagnamenta F. The role of the tissue viability nurse. *Gen Woundcare.* 2014;9(2):65–7.
25. Monaro S, White M, West S. A community of practice as a model of nurse-led wound prevention and management. *Wound Pract Res.* 2015;23(4):167–73.
26. Tait C, Gibson E. Chronic wound audit: evaluation of a tissue viability service. *Br J Nurs.* 2007 Nov;16(Sup4):S14–22.
27. Pokorná A, Holloway S, Strohal R, Verheyen-Cronau I. Wound Curriculum for Nurses. *J Wound Care.* 2017 Dec;26(Sup12):S1–27.
28. Alarcão I. Formação reflexiva. *Ref Rev Enferm.* 2001;(6):53–9.
29. Direção Geral de Saúde (DGS). Orientação para a Prevenção da Infecção na Ferida Crónica, 019 de 23/12/2013
30. Peach V. Improving care through collaborative working in tissue viability. *Br J Community Nurs.* 2006 Dec;11(12):suppl 16, 18, 20 passim.
31. Pagnamenta F. The link nurse ideology and issues of competency. *Wounds UK.* 2005;1(2):30–7.
32. Gaspar PJS, Monguet J, Ojeda J, Costa J, Costa R. Impacto da formação profissional contínua nos custos do tratamento de feridas crónicas. *Rev Ref.* 2010;3(1):53–62.
33. Vu T, Harris A, Duncan G, Sussman G. Cost-effectiveness of multidisciplinary wound care in nursing homes: a pseudo-randomized pragmatic cluster trial. *Fam Pract.* 2007 Aug 28;24(4):372–9.
34. Dealey C. Tratamento de feridas – Guia para enfermeiros. 1^a. Dealey C, editor. Lisboa: Climepsi; 2006.
35. Ribeiro LSLF. Cuidar e tratar : formação em enfermagem e desenvolvimento

socio-moral. EDUCA, editor. Lisboa; 1995.

36. Casey G. Modern advances in wound care. Nurs N Z. 2012 Jun;18(5):20–4.
37. Salomé GM. Avaliando lesão: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida. Saúde Coletiva. 2009;6(35):280–7.

APÊNDICE II

Tabela com análise dos estudos selecionados na revisão integrativa da literatura

Título	Autor(es) Ano/Pais	Participantes	Objetivo do estudo	Resultados	Desenho
The role of the clinical nurse specialist in tissue viability	Madeleine Flanagan, 1996, Reino Unido		Descrever o papel, o contexto, complexidade, desafios da enfermeira viabilidade tecidular e analisar as consequências pela inexistência clara do papel e reconhecimento	Formação pós licenciatura específica na área; Consultadoria; Investigação; Experiência no cuidado à pessoa com ferida; Formação.	Nível 5.c – Bench research/ single expert opinion
The impact of change on the tissue viability nurse specialist: 1	Madeleine Flanagan, 1998, Reino Unido		Analisar e descreve os fatores que influenciaram o desenvolvimento da especialidade em feridas e viabilidade tecidular	Formação pós licenciatura específica na área; Capacidade de tomada de decisão clínica; Supervisão clínica; Auditoria; Motivação e liderança de equipas; Formação; Investigação; O cuidado; Consultadoria; Gestão; Agente de mudança.	Nível 5.c - Bench research/ single expert opinion
Perceptions of tissue viability nurses of their current roles	Charles Fox, 2001, Reino Unido	87 responderam, aos 173 questionários entregues a enfermeiros de viabilidade tecidular	Identificar a percepção das funções vigentes das enfermeiras de viabilidade tecidular	O cuidado individualizado; Formação; Investigação; Auditoria; Conhecimentos adquiridos de forma formal e informal na área de viabilidade tecidular; Experiência diversificada em vários contextos (hospital e comunidade); Gestão; Agente de mudança; Promoção do desenvolvimento pessoal; Motivação e liderança de equipas; Estabelecimento de estreitas relações com os outros.	Nível 4.d - Case study
The Professional Role and Competence of Tissue Viability Nurses in Finland	Salla Seppänen, 2002, Finlândia	84 responderam, aos 123 questionários entregues aos enfermeiros de viabilidade tecidular	Identificar a formação, percurso profissional, papéis e os pré-requisitos para as enfermeiras de viabilidade tecidular	Tomada de decisão no tratamento das feridas; Seleção e pesquisa sobre os produtos usados no tratamento de feridas; Formação no tratamento de feridas aos colegas; Orientação e ensino aos clientes e os seus familiares; Elaboração de material educativo para os clientes; Investigação; Consultadoria no tratamento de feridas; Conhecimentos específicos no tratamento de feridas; Identificação dos clientes de risco; Agente de mudança; Gestão; Desenvolvimento pessoal; Registo das infeções; Desenvolvimento de normas e protocolos; Trabalho em equipa.	Nível 4.d - Case study

Development of a tissue viability nursing competency framework	Alison Finnie e Alice Wilson, 2003, Reino Unido	10 enfermeiros de viabilidade tecidular	Definir enfermeira de viabilidade tecidular e suas competências e papéis.	Formação avançada; Investigação; O cuidado Agente de mudança; Formação; Consultadoria; Resolução de problemas clínicos; Trabalho em equipa; Prática reflexiva; Capacitação dos clientes/empowerment; Motivação e liderança de equipas; Envolvimento do cliente no estabelecimento de metas e plano de cuidados; Motivação e liderança de equipas; Tomada de decisão ética.	Nível 5.b - Expert consensus
The Link nurse ideology and issues of competency	Fania Pagnamenta 2005, Reino Unido		Descrever a necessidade de estabelecer enfermeiros interlocutores nos serviços para dar apoio aos enfermeiros de viabilidade tecidular	Formação; Estabelecimento de interlocutores; Agente de mudança.	Nível 5.c - Bench research/ single expert opinion
Improving care through collaborative working in tissue viability	Victoria Peach, 2006, Reino Unido		Descrever a necessidade de colaboração intra-equipa de viabilidade tecidular	Capacidade de estabelecer uma comunicação efetiva com os outros; Trabalho em equipa; Agente de mudança; Elaboração de normas e protocolos; Formação.	Nível 5.c - Bench research/ single expert opinion
How do nurses perceive the role of the TVNS?	Louise Gibson, Marie McAloon, 2006, Reino Unido	7 Enfermeiros generalistas com 5 ou mais anos de experiência ou enfermeiras com experiência em tratamento de feridas	Descrever a percepção dos enfermeiros sobre o papel dos enfermeiros de viabilidade tecidular e perceber o que leva à procura do apoio das enfermeiras de viabilidade tecidular.	O cuidado; Formação; Consultadoria; Investigação; Agente de mudança; Formação pós licenciatura específica na área; Liderança; Resolução de problemas clínicos; Trabalho em equipa; Prática reflexiva; Capacitação (empowerment).	Level 4.d – Case study
Where is tissue viability in 2007?	Maureen Benbow, 2007, Reino Unido		Refletir sobre os caminhos percorridos pela especialidade viabilidade tecidular e as implicações para a qualidade dos cuidados ao cliente.	O cuidado com qualidade baseados em evidência; Formação pós licenciatura específica na área; Motivação; Formação; Consultadoria.	Nível 5.c - Bench research/ single expert opinion
Chronic wound audit: evaluation of a tissue viability service	Christine Tait e Elaine Gibson, 2007, Reino Unido	56 clientes com ferida	Medir o número de clientes com feridas crónicas	Auditoria; Prescrição do tratamento adequado; Formação.	Nível 4.b - Cross-sectional study

Wound care teams: redesigning community nursing services	Marcia Haworth, 2009, Reino Unido		Descrever um modelo de abordagem à pessoa com ferida na comunidade, através do uso de uma plataforma eletrónica para monitorização dos resultados	Trabalho em equipa multidisciplinar; Formação; O cuidado à pessoa com feridas agudas e crónicas; Tratamentos com terapias avançadas; Auditoria; Investigação.	Nível 5.c - Bench research/ single expert opinion
Tissue viability 2010 -2015: from good to great	Jeanette Milne e Karen Ousey, 2010, Reino Unido		Analisar o impacto e os desafios da especialidade em enfermagem de viabilidade tecidular na comunidade	Formação pós licenciatura específica na área; O cuidado à pessoa com feridas; Formação; Gestão; Elaboração de protocolos de atuação no cuidado à pessoa com ferida; Comunicação eficaz; Prevenção e educação para a saúde às pessoas com feridas.	Nível 5.c - Bench research/ single expert opinion
The role of the wound care nurse: an integrative review	Matthew Dutton, Mary Chiarella e Kate Curtis, 2014, Australia		Determinar o estado atual do conhecimento sobre o contexto da prática, os requisitos necessários e o impacto do papel da enfermeira de viabilidade tecidular.	Formação pós licenciatura específica na área; Experiência específica na área; Responsabilidade e tratamento do cliente com ferida; Motivação e liderança de equipas profissional; Registo das atividades elaboradas; Trabalho em equipa; Resolução de problemas; Prática reflexiva; Capacitação/Empowerment; Gestão; Agente de mudança; Formação; Consultadoria; Investigação e publicação; Envolvimento do cliente no estabelecimento de metas e plano de cuidados.	Nível 4.a - Systematic review of descriptive studies
The role of the tissue viability nurse	Fania Pagnamenta 2014, Reino Unido		Descrever o papel da enfermeira de viabilidade tecidular	Formação pós licenciatura específica na área; Competências comunicacionais bem desenvolvidas; O cuidado diferenciado; Formação; Investigação; Auditoria; Gestão; Cuidados autónomos; Trabalho em equipa; Elaboração de normas de procedimentos, refletindo as atuais orientações das melhores práticas; Consultadoria.	Nível 5.c - Bench research/ single expert opinion

Managing Wounds as a Team	Zena Moore (IRE), Gillian Butcher (AUS), Lisa Q. Corbett (USA), William McGuinness (AUS), Robert J. Snyder (USA), Kristien van Acker (BE), 2014		Fornecer recomendações para a implementação de uma abordagem em equipa no tratamento de feridas em todos os contextos clínicos e, assim, desenvolver um modelo de defesa desta abordagem junto dos decisores políticos ao nível governamental.	Envolvimento do cliente no estabelecimento de metas e plano de cuidados; Formação na área de viabilidade tecidular e sobre papel dos outros profissionais de saúde, mecanismos de encaminhamento e remuneração; Capacitar os clientes; Trabalho em equipa; Agente de mudança.	Nível 4.a - Systematic review of descriptive studies e 5.b - Expert consensus
The changing role of the tissue viability nurse: an exploration of this multifaceted post	Karen Ousey, Leanne Atkin, Jeanette Milne, Val Henderson, 2014, Reino Unido		Analisar o papel da enfermeira de viabilidade de tecido no Reino Unido e debater a diversidade de papéis, atributos e habilidades chave necessárias	Motivação e liderança de equipas; Gestão de risco e Segurança do cliente; O cuidado centrado no cliente; Consultadoria; Agente de mudança; Formação pós licenciatura específica na área e participação em conferências; Formação; Gestão; Investigação; Elaboração de protocolos de atuação para garantir as orientações nacionais e internacionais na área da viabilidade tecidular sobre as melhores práticas; Auditoria; Envolvimento do cliente no estabelecimento de metas e plano de cuidados; Tomada de decisão ética.	Nível 5.c - Bench research/ single expert opinion
Exploring the role of the Tissue Viability Nurse	Karen Ousey, Jeanette Milne, Leanne Atkin, Val Henderson, Nigel King e John Stephenson, 2015, Reino Unido	261 questionários e 7 entrevistas semi-estruturadas enfermeiros ou profissionais de saúde que cuidam da pessoas com feridas	Analisar o papel e identificar as principais responsabilidades da enfermeira de viabilidade tecidular no Reino Unido.	Formação pós licenciatura específica na área; Agente de mudança; Gestão de recursos humanos, materiais, equipamentos e pecuniários; Capacidade de influenciar a prática; Capacidade de comunicação; Credibilidade clínica; Conhecimento da organização; Resolução de problemas; Gestão de projetos; Gestão de tempo; Motivação e liderança de equipas; Auditoria; O cuidado especializado; Formação; Trabalho em equipa; Encaminhamento para outras especialidades; Elaboração de normas de procedimento; Contribuição para a elaboração de normas para Direção Geral de Saúde;	Nível 3.e - Observation al study without a control group

A community of practice as a model of nurse-led wound prevention and management	Susan Monaro, Megan White e Sandra West, 2015, Australia		Descrever um modelo de prevenção e tratamento de feridas na comunidade	O cuidado envolvendo a pessoa e família (prevenção e tratamento de feridas complexas); Trabalho em equipa interdisciplinar; Consultadoria; Tratamento com terapias avançadas; Auditoria; Formação; Elaboração de normas e procedimentos fundamentados na melhor evidência científica; Gestão.	Nível 5.c - Bench research/ single expert opinion
Tissue Viability Leading Change competency framework: preliminary analysis of use	Karen Ousey, John Stephenson e Becki Carter, 2016, Reino Unido	34 profissionais de saúde	Analisar uso de um modelo de competências da enfermeira de viabilidade tecidual.	Genéricas (conhecimento, atitudes, elementos psicossociais e psico-motores, resolução de problemas e pensamento crítico); O cuidado; Formação pós licenciatura específica na área; Formação; Gestão de risco e segurança do cliente; Investigação; Auditoria; Motivação e liderança de equipas; Gestão; Trabalho em equipa.	Nível 4.b Cross-sectional study

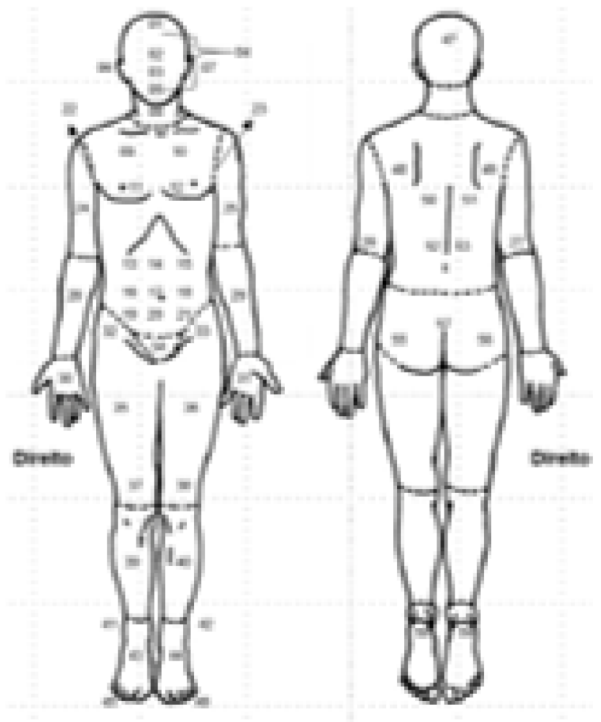
**APÊNDICE III – Folha de registo de avaliação e monitorização dos clientes com
ferida**

AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DOS CLIENTES COM FERIDA
UNIDADE FUNCIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS

Data		J / J	J / J	J / J	J / J
Presente na Admissão		S N	S N	S N	S N
Tipologia					
Localização					
Compr. x Largura		"	"	"	"
Tipo da Tachibã	Cristalizado	S N	S N	S N	S N
	Epitelização	S N	S N	S N	S N
	Coagulação	S N	S N	S N	S N
	Desvitalizado/ Fibrina	S N	S N	S N	S N
	Necrosado	S N	S N	S N	S N
Pele Circundante					
Borbo					
Profundidade					
Sensibilidade					
Exsudado	Quantidade				
	Cor				
	Odor				
	Viscosidade				
A fazer antibiograma dirigida à Ferida		S N	S N	S N	S N
Tansificação		S N	S N	S N	S N
Infecção/Infamação					
Tipo de cicatrização		1ª 2ª	1ª 2ª	1ª 2ª	1ª 2ª
Tratamento	Limpou				
	Desbridamento				
	Pouco Primário				
	Pouco Secundário				
Fixação					

TIPOLOGIA DE FERIDA

- | | |
|---|--|
| 1 - Abscesso | 16 - Traqueostomia |
| 2 - Colostomia | 17 - Urostomia |
| 3 - Dermite Atópica Associada à Incontinência | 18 - Úlcera da Perna Arterial |
| 4 - Estoma | 19 - Úlcera em Pé Diabético |
| 5 - Fístula | 20 - Úlcera da perna de etiologia desconhecida |
| 6 - Ferida Cirúrgica | 21 - UPP Categoria I |
| 7 - Ferida Maligna | 22 - UPP Categoria II |
| 8 - Ferida Traumática | 23 - UPP Categoria III |
| 9 - Ilacostomia | 24 - UPP Categoria IV |
| 10 - Lesão por Humidade | 25 - UPP Não Classificada |
| 11 - Panfígido Bolhoso | 26 - UPP Suspeita de Lesão Profunda |
| 12 - Queimadura Epidérmica | 27 - Úlcera da Perna Venosa |
| 13 - Queimadura Superficial | |
| 14 - Queimadura Profunda Parcial | |
| 15 - Queimadura Profunda | |



PELE CIRCUNDANTE:

R - Ruborizada | S - Seca | E - Edemaciada | M - Macerada

BORBO:
 ND - Não distintos | DF - Difuso | DL - Delimitado

DN - Denudados | EP - Espessados, "veredais"

PROFUNDIDADE:

PI - Pele intacta/cicatrizada | D - Derme-epiderme

HD - Hipodermis | M - Músculo | O - osteíte/cartilago anexo

SENSIBILIDADE:

IT - Intensa | SP - Superficial | IP - Insuportável

EXSUDADO:

Quantidade: H - Húmido | M - Molhado | ST - Saturado

CPE - Com fuga exsudado | SC - Seco

Cor: 1 - Claro, rosado | 2 - Turvo, leitosa ou cremosa |

3 - Rosado ou avermelhado | 4 - Verde | 5 - Amarelo ou castanho |

6 - Acinzentado ou acastado.

Odor: A - Ausente | P - Presente | I - Intenso | F - Fétido

Viscosidade: E - Espesso, por vezes pegajoso | F - Pouco viscoso, fluído.

INFECÇÃO / IM-LAMAÇÃO/BIOFILME:

1 - Dor tem aumentado | 2 - Tachibã fúvel ou facilmente separada |

3 - Eritema perilesional | 4 - Ferida estagnada, sem evolução |

5 - Edema perilesional | 6 - Descoloração do tecido |

7 - Aumento da temperatura | 8 - Lesão isélica | 9 - Exsudado tem aumentado |

10 - Hipergranulação | 11 - Exsudado purulento |

12 - Aumento do tamanho da ferida | 13 - Mau Odor | 14 - Tachibã compatível com biofilme

TRATAMENTO

Limpou: AB - Água bidestilada tépida | AT - Água da torneira tépida | SF - Soro fisiológico tépido.

Desbridamento: DA - Autolítico | DC - Cirúrgico/cortante | DE - Enzimático.

Pouco Primário: AC - Alginato de cálcio | H - Hidrogiel | CO - Colágeno | P - Poliacetato |

C - Compressa não aderente | AG - Prata | PB - PHMB | O - Octenidina | CL - Clorhexidina.

Pouco Secundário: C - Compressas | H - Hidrocolóide | P - Poliacetato | PT - Película transparente

Fixação: A - Adesivo | L - Ligadura | P - Película.

APÊNDICE IV – Base de dados para tratamento de dados da avaliação e monitorização do cliente com ferida

APÊNDICE V – Ferramenta de apoio à tomada de decisão na escolha do material de pensos para a Unidade de Hospitalização Domiciliária

Preparação do leito da ferida

Permite aos profissionais determinar e considerar os motivos para o atraso na cicatrização e reiniciar o processo cicatricial através da remoção de barreiras à cicatrização

TIME	Intervenções	O que aplicar...
T- Tissue (Tecido não viável ou deficiente)	T- controle do tecido não viável através do desbridamento	Autolítico – Hidrogel (Kemagel®), Hidrocolóide extra fino (Hidrocoll®), película poliuretano (Tegaderm®), octenidina gel (Octenilin®), sulfadiazina de prata (Silvaderma® , Sicazine®) e sulfadiazina de prata com nitrato de cério (Flammacérium®) Enzimático – Colagenase (Ulcerase®) Cortante - Lâmina Cirúrgico - Bloco operatório Mecânico - Irrigação de SF 0,9% ou água filtrada (temp. 36°C)
I- Infecção (Infecção ou inflamação)	I- controle da infecção e inflamação através da limpeza eficaz, desbridamento contínuo e aplicação de antimicrobiano tópico	Prata (Aquacel Ag® , Mepilex Ag®) Sulfadiazina de prata (Silvaderma® , Sicazine®) Sulfadiazina de prata com nitrato de cério (Flammacérium®) Octenidina solução (Octiset®) Octenidina gel (Octenilin®) Nota: quando produzido odor intenso usar carvão ativado
M-Moisture (desequilíbrio da humidade)	M- controle do exsudado através de pensos absorventes, no entanto manter o leito da ferida húmido	Com exsudado: Espuma hidrofílica (Espuma non-adhesive®) Carboximetilcelulose com prata (Aquacel Ag®) Espuma de poliuretano com prata (Mepilex Ag®) Gaze parafinada (Jelonet® , Lomatuell H®) Sem exsudado: Película de poliuretano (Tegaderm®) Hidrocolóide extra fino (Hidrocoll®) Gaze parafinada (Jelonet® , Lomatuell H®) Óxido de zinco Co-polímero acrilato – spray (Secura®) Gaze parafinada (Jelonet® , Lomatuell H®)
E- Edges (margens da ferida que não avançam ou estão debilitadas)	E- estimulação das margens epiteliais através da preservação do leito e dos bordos da ferida e pele circundante	

Fonte: **Falanga** (2004); **Sibbald, Wop e Avella** (2008) adaptado por Estudante de Enfermagem da Especialização em Médico-cirúrgica Raquel Silva (2017), sob orientação de **Enf.**



APÊNDICE VI – Norma de Procedimento Setorial sobre a prevenção da contaminação e descontaminação da mala de visitação domiciliária

	NORMA DE PROCEDIMENTO SETORIAL Prevenção da Contaminação e Descontaminação da Mala de visitação domiciliária – XXXX	POL N.º 0.XXX XXXX
--	--	-----------------------

APROVAÇÃO

FINALIDADE:	Garantir a utilização e descontaminação adequadas da mala de visitaçã domiciliária para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde da Unidade Funcional de Cuidados Continuados (UFCC)/Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).
DESTINATÁRIOS:	Profissionais da Unidade Funcional de Cuidados Continuados/Unidade de Hospitalização Domiciliária
PALAVRAS-CHAVE:	Mala de visitaçã domiciliária; Infeção associada aos cuidados de saúde

Autor (es)	Mestranda em Enfermagem de Natureza Profissional Raquel Silva, Enf ^ª e Enf ^º	Data de elaboração	
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovaçã	Conselho de Administraçã	Data de Aprovaçã	
Divulgaçã	Circular Normativa N ^º	Data de Divulgaçã	

INTRODUÇÃO

A mala de visitação domiciliária (MVD)   uma estrutura onde se encontra um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais importantes para o cuidado em domicílio. A sua manipulação e descontaminação são fundamentais para prevenir as infecções associadas aos cuidados de saúde.¹ Nesse sentido elaboram-se estas recomendações de forma a reduzir a contaminação da MVD e a sua descontaminação, para que esta não seja um veículo da infecção cruzada.²

A descontaminação é um processo de tratamento do material e equipamento, que remove ou destrói os microrganismos e/ou substâncias indesejáveis impedindo que atinjam um local suscetível, em quantidade suficiente para iniciar uma infecção ou uma reação nociva.^{3,4} A correta descontaminação dos materiais promove a seguranç a dos clientes e dos profissionais.^{3,4}

DESCRIÇÃO

1. NORMAS DE PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO E BOAS PRÁTICAS DE UTILIZAÇÃO DA MALA DE VD

Segundo vários autores, a MVD poderá estar contaminada com diversos microrganismos^{2,5,6,7,8}, sendo considerada um veículo de infecção cruzada.

A organização dos constituintes da MVD deverá ser adaptada às características de cada cliente a visitar, considerando-se sempre a facilidade de acesso, a menor probabilidade de erro e contaminação desnecessária de material. O peso da mala não deverá ultrapassar os 4kg, carga recomendada para prevenir lesões musculoesqueléticas.⁹

A manipulação da mala nos domicílios deverá de obedecer alguns princípios de forma a reduzir a sua contaminação, tais como:

1. A MVD deve conter o material necessário para as visitas a realizar e o material extra deve ser reduzido ao máximo, de forma a evitar manipulações desnecessárias do material esterilizado;⁶
2. A MVD deve conter álcool a 70  (embalagem pequena), equipamento de proteção individual, solução antiss tica de base alcoólica (embalagem pequena) e corto perfurantes;⁶

3. A mala deverá ter pelo menos duas divisórias. Acondicionar o material de uso único e material reutilizável em divisórias distintas;²
4. Guardar os corto perfurantes na bolsa exterior da MVD ou na divisória destinada ao material reutilizável;²
5. Assegurar os 5 momentos da higienização das mãos^{2,6,7,10,11}, a solução antisséptica de base alcoólica deverá estar guardada de fácil acesso (no topo ou bolsa lateral);
6. Colocar a MVD sobre uma superfície de apoio limpa e seca, caso não seja possível colocar em cima de um saco plástico, no final desperdiçar.^{2,5,6,7,11} Nunca colocar a MVD no chão, exceto se tiver rodas.
7. Manter a MVD fechada no domicílio sempre que haja presença de animais, infestação de pragas (baratas) ou crianças;²
8. Descontaminar o material não crítico (oxímetro, estetoscópio, termómetro) com álcool a 70° após o seu uso antes de entrar na mala e semanalmente o aparelho de avaliação da tensão arterial;^{2,5,11}
9. No caso de clientes contaminados ou colonizados com microrganismo multirresistente, deixar o material não crítico (termómetro, estetoscópio, etc) em casa do cliente, recolher no último dia e realizar limpeza mais desinfeção química;^{2,5,11}
10. Limpar a mala uma vez por semana e sempre que visivelmente suja ou desinfetar após contaminação com matéria orgânica.^{2,7,11,12}

2. NORMAS DE DESCONTAMINAÇÃO

A MVD é considerada um material não crítico ou baixo risco de infeção, ou seja, todo o material que entra em contacto com a pele íntegra ou que não entra em contacto com o cliente.^{13,14} Pelo que o tipo de descontaminação preconizado é a limpeza (quando não entra em contato com o cliente) ou desinfeção química de baixo nível (se conspurcado com matéria orgânica ou em contacto direto com pele).^{13,14}

A limpeza é a remoção da sujidade por ação mecânica, geralmente com a ajuda de um detergente.^{3,4} Reduz em mais de 80% os microrganismos existentes nos materiais e superfícies.^{3,4}

As etapas da limpeza são: lavagem, enxaguamento e secagem.^{3,4}

A limpeza do material/equipamento deve ser efetuada de acordo com o grau de contaminação e tipo de material.⁴ A lavagem pode ser manual ou mecânica.⁴ Deve dar-se preferência à lavagem mecânica, porque além de ser um método que permite a

monitorização e validação, envolve menos riscos para o pessoal.⁴ Além disso, a maioria das máquinas tem a capacidade de associar a desinfeção térmica à lavagem.⁴

O detergente recomendado é Enzima protease, Tensioactivos não iónico, Agentes sequestrantes e excipientes q.b.p.100% (Lavagem manual de Dispositivos Médicos) ou Detergente alcalino (Lavagem mecânica de Dispositivos Médicos).¹⁵

A desinfeção é um processo que elimina quase todos os microrganismos patogénicos, (mas não todos os esporos bacterianos), dos materiais (objetos inanimados), mediante a aplicação de meios físicos (desinfeção térmica) ou químicos (através de desinfetantes).⁴

Um desinfetante é um agente (germicida químico), que destrói os microrganismos particularmente patogénicos, o qual está formulado para uso exclusivo em dispositivos médicos, materiais ou superfícies.⁴

A desinfeção do material pode ser de 2 tipos, térmica ou química⁴:

a) Desinfeção térmica – É efetuada por meio de temperaturas elevadas (geralmente através de máquinas de lavar/desinfetar). Esta desinfeção pode ser atingida com temperaturas de 90° durante 10 minutos ou de 75° durante 30 minutos. As que se destinam a dispositivos médicos, geralmente estão programadas para ciclo de 93° durante 10 minutos.

b) Desinfeção química – Utilização de desinfetantes através de métodos manuais ou mecânicos.

A eficácia da desinfeção depende do desinfetante utilizado, da sua concentração e do tempo de contacto com o material.⁴

A desinfeção química de baixo nível - Destrói a maior parte das bactérias patogénicas (não necessariamente *Mycobacterium tuberculosis*) e alguns vírus, não destrói esporos bacterianos.^{3,14} São exemplos de desinfetantes de baixo nível álcool etílico a 70% (fricção), composto de amónio quaternário e derivados de cloro (100 a 150 ppm).^{3,14}

Álcool etílico a 70 %	Aplicação na superfície limpa e seca com toalhete embebido, friccionar e deixar secar naturalmente;
NaDCC 100 a 150ppm – 1pastilha 2,5g por cada 10 litros (ex: Presept®)	Aplicação na superfície limpa e seca com toalhete ou pano embebido na solução e deixar secar. Em superfícies delicadas, no final da secagem enxaguar com água limpa;
Desinfetantes à base de compostos de amónio quaternário em toalhetes ou em pulverizador (ex: Anios®)	Este tipo de desinfetantes têm ação detergente associada, pelo que a superfície não tem que ser previamente lavada – Limpar/desinfetar a superfície com o toalhete impregnado e deixar secar sem forçar a secagem, ou pulverizar a superfície com o desinfetante, espalhar com um toalhete e deixar secar (seguir as indicações do fabricante). No caso de haver grande contaminação ou contaminação com fluidos orgânicos, deve proceder-se á sua remoção podendo optar-se pela utilização do mesmo produto ou por água e detergente de uso comum e de seguida fazer uma segunda aplicação do modo já descrito;

Fonte: Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Norma de Descontaminação de materiais e equipamentos. Comissão de controlo de infeção, Abril 2014.

As etapas da desinfeção dos dispositivos médicos e equipamentos são as seguintes:



Fonte: Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale do Tejo, I.P. – Norma nº 2 Manual de Procedimentos Descontaminação de Dispositivos Médicos e Equipamentos. Grupo Coordenador Regional de Prevenção e Controlo de Infecção Maio 2013, p14

Não se recomenda o uso de desinfetantes por rotina, o facto que está relacionado com as situações seguintes¹⁶:

- os desinfetantes são antimicrobianos e o seu uso sistemático poderá ocasionar graves situações de resistência microbiana com implicações para o equilíbrio do ambiente e da saúde das populações;
- a utilização indiscriminada de desinfetantes poderá ainda danificar algumas superfícies por corrosão ou abrasão de alguns materiais, como os metais, ligas metálicas, entre outros.

Os procedimentos a utilizar em situações de derrame são:

Situação de derrame	Desinfetante		Tipo de Luvas
	Hipoclorito de sódio (lixívia)	Dicloroisocianurato de sódio	
Salpicos ou derramamentos de fluidos orgânicos até 30 cc. (com excepção de urina)	1º <u>Cobrir</u> , toda a área do derramamento, com toalhete ou celulose embebido em hipoclorito de sódio (lixívia) na diluição de 1% ¹ , deixando actuar durante 5 minutos.	1º <u>Circunscrever e polvilhar</u> toda a área a descontaminar, com grânulos de dicloroisocianurato de sódio deixando actuar durante 5 minutos.	Látex descartáveis
	2º <u>Remover</u> os toalhetes absorventes e depositar no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III.	2º <u>Remover</u> os grânulos com toalhetes absorventes e depositar no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III.	
	3º <u>Lavar</u> em seguida com água quente e detergente.	3º <u>Lavar</u> em seguida com água quente e detergente.	Ménage

Fonte: Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale do Tejo, I.P. – Manual de Procedimentos A higienização das instalações dos Centros de Saúde no contexto da prevenção e controlo da infecção. Comissão de Controlo de Infecção Regional, Fevereiro 2009, p21.

Relativamente aos salpicos/derrames de urina, alerta-se que não se deve utilizar diretamente hipoclorito de sódio ou dicloroisocianurato de sódio, uma vez que possibilita a reação entre o amoníaco contido na urina e o cloro existente nestes desinfetantes, libertando-se vapores irritantes e tóxicos de cloreto de amónio, que poderão ocasionar efeitos adversos na saúde do profissional que o está a utilizar.¹⁶ Desta forma, o procedimento correto contempla numa primeira fase a remoção da urina, com a utilização de toalhetes absorventes e respetiva deposição dos toalhetes no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III, seguida de desinfeção e lavagem.¹⁶

Preconiza-se para a descontaminação da mala de VD que seja retirado todo o material do interior da mala, sacudida e a lavagem com água quente e detergente (manual ou máquina de lavar hospitalar) e secagem invertida ou a desinfeção química (hipoclorito de sódio a 1% de cloro livre ou dicloroisocianurato de sódio), nas situações de derrame/salpico de sangue ou de outra matéria orgânica.³ Após a secagem, deverá ser repostado o material e verificadas as datas de expiração.

A limpeza da mala deverá ser uma vez por semana e sempre que visivelmente suja ou desinfeção após contaminação com matéria orgânica. A limpeza semanal fica a cargo da assistente operacional, no caso de derrame a responsabilidade é do profissional que detetou a situação e deverá iniciar o procedimento. Devido aos vários compartimentos, fechos, alças da MVD recomenda-se a lavagem mecânica, na máquina de lavar na lavandaria Hospitalar. Deste modo, MVD tem que ter característica e material que permitam a sua lavagem ou desinfeção térmica ou química.

“FEIXE DE INTERVENÇÕES” NA PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO E DESCONTAMINAÇÃO DA MALA DE VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA



- (1) Assegurar os 5 momentos da higieniza o das m os^{2,6,7,10,11}, a soluço antiss tica de base alcoólica deverá estar guardada de fácil acesso (no topo ou bolsa lateral);
 - (2) Colocar a MVD sobre uma superfície de apoio limpa e seca, caso não seja possível colocar em cima de um saco plástico, no final desperdiçar.^{2,5,6,7,11} Nunca colocar a MVD no chão, exceto se rodas;
 - (3) Descontaminar o material não crítico (oxímetro, estetoscópio, term metro) com álcool a 70  após o seu uso antes de entrar na mala e semanalmente o aparelho de avalia o da tensão arterial;^{2,5,11}
 - (4) Limpar a mala uma vez por semana e sempre que visivelmente suja, de forma manual ou mecânica;^{13,14}
 - (5) Desinfetar após contamina o com matéria orgânica, com hipoclorito de sódio a 1%, de seguida proceder à sua lavagem.³
-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Direção Geral da Saúde (DGS) – Norma das Precauções Básicas no Controlo da Infecção (PBCI). 029/2012 atualizada em outubro de 2013. Lisboa:DGS
- 2- McGoldrick, M. Bag Technique: Preventing and Controlling Infections in Home Care and Hospice. *Home Healthcare Nurse*. 2014. 32(1): 39-45. DOI:10.1097/NHH.0000000000000003
- 3- Hospital Garcia de Orta, EPE – Norma de Procedimento Geral Tratamento de Material e Equipamento Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção de controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos– 1110. Novembro de 2015
- 4- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Norma de Descontaminação de materiais e equipamentos. Comissão de controlo de infeção, Abril 2014. Disponível em: http://www.chln.pt/media/k2/attachments/GCLPPCIRA/Norma_Descontaminacao_materiais_e_quipamentos.pdf
- 5- Kenneley, I. Infection Control in Home Healthcare: An Exploratory Study of Issues for Patients and Providers. *Home Healthcare Nurse*. 2012. 30(4):235-45 DOI: 10.1097/NHH.0b013e31824adb52
- 6- Aaltonen, P. M.; Richards, E.; Webster, K.; & Davis, L. Use of the Public Health Nursing Bag in the Academic Setting. *School of Nursing Faculty Publications*. 2009. Paper 8:1-24. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00757.x>
- 7- Bakunas-Kenneley, I. & Madigan, E. Infection prevention and control in home health care: The nurse's bag. *American Journal of Infection Control*. 2009. 37(8):687-8. doi:10.1016/j.ajic.2009.03.004
- 8- Lieutenant C. D. G. Environmental Sampling of Selected Public Health Nursing Bag Contents. *A.J.P.H* .1971. 61(9):1853-60
- 9- DGS - Guia de orientação para a prevenção das lesões músculo-esqueléticas e relacionadas com o trabalho: programa nacional contra as doenças reumáticas. 2008. Lisboa: DGS
- 10- DGS – Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. 013/2010. Lisboa: DGS
- 11- Friedman, M. & Rhinehart E. Improving Infection Control in Home Care: From Ritual to Science-Based Practice. *Home Healthcare Nurse*. 2000. 18(2):99-105
- 12- Provincial Infection Control Network of British Columbia (PICNet). *Infection Prevention and Control Guidelines for Providing Healthcare to Clients Living in the Community*. Vancouver: Infection Prevention and Control Guidelines for Home and Community Care. 2014
- 13- Spaulding, E. H. Chemical disinfection of medical and surgical materials. In C. A. Lawrence, & S. S. Block (Eds.), *Disinfection, Sterilization, and Preservation*. Philadelphia: Lea & Febiger 1968. (pp. 517–531).

14- Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale do Tejo, I.P. – Norma nº 2 Manual de Procedimentos Descontaminação de Dispositivos Médicos e Equipamentos. Grupo Coordenador Regional de Prevenção e Controlo de Infecção Maio 2013. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1039/Norma_n__2_Descontamina__o_de_DM_e_Equipamentos.pdf

15- Administração Regional de Saúde do Norte – Manual de Controlo da Infecção. Grupo Regional de Controlo de Infecção. Julho de 2013. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Manuais/Manual_Controlo_Infecao.pdf

16- Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale do Tejo, I.P. – Manual de Procedimentos A higienização das instalações dos Centros de Saúde no contexto da prevenção e controlo da infecção. Comissão de Controlo de Infecção Regional, Fevereiro 2009. Disponível em: <http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/Norma.pdf>

APÊNDICE VII – Poster sobre Mala de Visitação Domiciliar: Prevenção da
Contaminação e Descontaminação

Mala de Visitação Domiciliária: Prevenção da Contaminação e Descontaminação

Enf.^a Raquel Silva | Hospital Garcia de Orta | Mestranda em Enfermagem
Enf.^a Filipa Veludo | Professora Assistente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Enf. | Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INTRODUÇÃO – A mala de visitação domiciliária (MVD) é uma estrutura onde se encontra um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais importantes para a prestação de cuidados domiciliários. A sua manipulação e descontaminação são fundamentais para prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde¹. Segundo vários autores, a MVD poderá estar contaminada com diversos microrganismos²⁻⁶.

OBJETIVO – Identificar um conjunto de intervenções na prevenção da contaminação e descontaminação da MVD.

PALAVRAS-CHAVE – Mala de visitação domiciliária; Controlo de Infeção.

MÉTODO – Revisão integrativa da literatura (19/05/2017). Pesquisa eletrónica (CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, Medilatina, MEDLINE®) e manual (Sites de GCL-PPCIRA de instituições de saúde portuguesas), utilizando a estratégia de pesquisa booleana: bag OR technique OR infection OR infection control AND nurs* AND care OR interven* OR pratic* OR home healthcare. Critérios de inclusão: artigos com recomendações referentes à descontaminação/prevenção de infeção de malas de transporte em saúde; referências em português, inglês, espanhol e francês; sem limite temporal; textos integrais disponíveis. Decorrente do processo de amostragem sistematizados por leitura de título, resumo e texto integral, selecionou-se uma amostra de 17 referências.

RESULTADOS



1 - Assegurar os 5 momentos da higienização das mãos^{2,4,5,7,8}. A solução antisséptica de base alcoólica deverá estar no topo ou bolsa lateral

2 - Colocar a MVD sobre uma superfície de apoio limpa e seca, caso não seja possível colocar em cima de um saco plástico, no final desperdiçar. Nunca colocar a MVD no chão, exceto se rodas^{2,3,4,5,8}

3 - Descontaminar o material não crítico (oxímetro, estetoscópio, termómetro) com álcool a 70° após o seu uso antes de entrar na MVD e semanalmente o aparelho de avaliação da pressão arterial^{2,3,8}

4 - Limpar a MVD uma vez por semana e sempre que visivelmente suja. Devido às características da MDV recomenda-se a lavagem mecânica, na máquina de lavar na lavandaria hospitalar^{9,10}




5 - Desinfetar após contaminação com matéria orgânica, com hipoclorito de sódio a 1%, de seguida efetuar a sua lavagem¹¹

CONCLUSÃO – Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a responsabilidade de conceber estratégias que visem a prevenção e controlo das infeções que poderão ocorrer na prestação de cuidados. A elaboração do conjunto intervenções reforça as vantagens na segurança dos utentes, em que o objetivo é assegurar que estes recebam cuidados recomendados e baseados em evidência. Sugere-se o estudo microbiológico para identificação de microrganismos nas MVD, assim como avaliação da efetividade das medidas apresentadas.

Referências Bibliográficas: 1-Direção-Geral de Saúde (DGS). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013 | 2- McGoldrick, M. Bag Technique: Preventing and Controlling Infections in Home Care and Hospice. Home Healthcare Nurse. 2014. 32(1): 39-45. DOI:10.1097/HH.000000000000003 | 3-Kenneley I. Infection Control in Home Healthcare: An Exploratory Study of Issues for Patients and Providers. Home Healthcare Nurse. 2012; 30(4):235-45 DOI: 10.1097/HH.0b013e31824adb52 | 4-Bakunas-Kenneley I, Madigan E. Infection prevention and control in home health care: The nurse's bag. American Journal of Infection Control. 2009; 37(8):687-8. doi:10.1016/j.ajic.2009.03.004 | 5-Altonen PM, Richards E, Webster K, Davis L. Use of the Public Health Nursing Bag in the Academic Setting. School of Nursing Faculty Publications. 2009; Paper 8:1-24. 92 http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00757.x | 6-Lieutenant C. Environmental Sampling of Selected Public Health Nursing Bag Contents. American Journal Of Public Health. 1971 Sep; 61(9):1853-60 | 7- DGS. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma nº 013/2010. | 8- Friedman, M. & Rhinehart E. Improving Infection Control in Home Care: From Ritual to Science-Based Practice. Home Healthcare Nurse. 2000. 18(2):99-105 | 9- Spaulding, E. H. Chemical disinfection of medical and surgical materials. In C. A. Lawrence, & S. S. Block (Eds.), Disinfection, Sterilization, and Preservation. Philadelphia: Lea & Febiger 1968 | 10- Administração Regional de Saúde de Lisboa Vale do Tejo, I.P. – Norma nº 2 Manual de Procedimentos Descontaminação de Dispositivos Médicos e Equipamentos. Grupo Coordenador Regional de Prevenção e Controlo de Infeção Maio 2013. Disponível em: http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/writer_file/document/1039/Norma_n_2_Descontamina_o_de_DM_e_Equipamentos.pdf | 11- Hospital Garcia de Orta, EPE – Norma de Procedimento Geral Tratamento de Material e Equipamento Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção de controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos- 1110. Novembro de 2015

Fonte: A-<https://www.onlinewebfonts.com/icon/448945> | B-https://www.iconfinder.com/icons/539478/briefcase_doctor_healthcare_hospital_medical_medical_bag_nurse_icon#size=128 | C-<https://br.vexels.com/png-svo/previsualizar/148231/ladderback-chair-black-icon> | D-https://www.iconfinder.com/icons/998958/alcohol_spray_antiseptic_cleaning_solution_cleanser_first_aid_hygiene_spray_icon#size=128 | E-<https://thenounproject.com/term/blood-pressure-meter/12177/> | F-<https://www.onlinewebfonts.com/icon/190983> | G-https://www.iconfinder.com/icons/1354810/germs_magnifier_magnifying_glass_search_bacteria_searching_germs_icon#size=128 | H-<http://www.iconarchive.com/show/windows-9-icons-by-icons8/Household-Washing-Machine-icon.html> | I- https://www.iconfinder.com/icons/539478/briefcase_doctor_healthcare_hospital_medical_medical_bag_nurse_icon#size=128 | J-<http://carpng.com/car-wash-icon-7118/> | K-<https://www.onlinewebfonts.com/icon/441937>

APÊNDICE VIII – Registo fotográfico da atual classificação das queimaduras

<p>Queimadura epidérmica - eritema da pele (ex: queimadura solar). Não deve ser considerada no cálculo da superfície corporal queimada para efeitos de reposição hídrica;</p>	
<p>Queimadura superficial de espessura parcial – envolve a epiderme e parte da derme papilar;</p>	
<p>Queimadura profunda de espessura parcial – envolve epiderme, toda a camada papilar da derme até à derme reticular;</p>	
<p>Queimadura profunda completa – envolve toda a espessura da pele;</p>	

Queimadura profunda “completa +” -

envolve, além de toda a espessura da pele, tecidos subjacentes, como músculos e/ou ossos.



Direção Geral de Saúde (DGS). Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma NÚMERO: 022/2012, ATUALIZAÇÃO: 13/07/2017

APÊNDICE IX – Plano de sessão sobre “Importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas disponíveis na Unidade de Queimados”

Plano da Sessão de Formação

Tema: “Importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas disponíveis na Unidade de Queimados”

Formadores: Raquel Marques Silva, estudante do Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Orientação Clínica: Enfermeira Mestre e Especialista em Médico-cirúrgica

População-alvo: Enfermeiros da Unidade de Queimados, do Centro Hospitalar de Lisboa

Local/ Hora: Sala de pausa da unidade de queimados, das 14h30-15h30

Data: 25 de outubro de 2017;

Duração: 60 minutos;

Objetivo geral: Capacitar os enfermeiros da unidade de queimados com conhecimentos para a tomada de decisão no tratamento à queimadura, de acordo com os recursos existentes.

Etapas	Conteúdos	Método	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e da sessão; Apresentação do tema e sua importância.	Expositivo	Computador; Projetor.	5 minutos
Desenvolvimento	Trabalho em equipa Faseamento do processo de cicatrização e os fatores que influenciam a cicatrização TIME Opções terapêuticas – composição, mecanismo de ação, indicações, contraindicações, aplicação, mudança de penso, vantagens, precauções: <ul style="list-style-type: none"> • hidrogel; • hidrocolóides extrafinos • película de poliuretano (filmes transparentes); • colagenase; • sulfadiazina de prata; • sulfadiazina de prata + nitrato de cério; • carboximetilcelulose de prata • espuma com prata iónica e silicone; • octenidina • polihexametileno de biguanida (PHMB); • carvão ativado; • espuma hidrofílica; • atraumáticos e não aderentes; • produtos barreira. 	Expositivo Interrogativo	Computador; Projetor; Opções terapêuticas (materialização).	35 minutos
Conclusão	Síntese sobre os conteúdos abordados ao longo da sessão; Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo Interrogativo	Computador; Projetor.	5 minutos
Avaliação	Aplicação de questionário de avaliação.	Expositivo	Questionário de avaliação.	5 minutos

APÊNDICE X – Sessão de formação “Importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas disponíveis na Unidade de Queimados”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Mestrado de natureza profissional com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

“Importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas disponíveis na Unidade de Queimados”

Sessão de Formação para Enfermeiros

- **Enf.ª Raquel Marques Silva**
- Sob orientação Enf.ª _____, Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Centro Hospitalar de Lisboa,

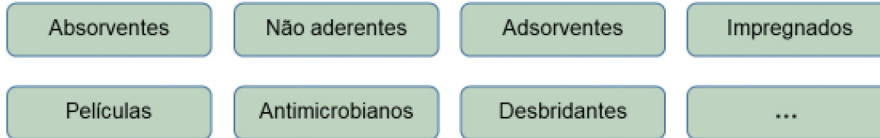
Lisboa, Outubro de 2017

Sumário

- Introdução;
- Trabalho em equipa;
- Cicatrização das feridas;
- TIME
- Opções Terapêuticas;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas.

Introdução

A evolução da tecnologia e da investigação, permitiu desenvolver vários produtos com as mais distintas funções, tais como:



No entanto, a abordagem à pessoa com queimadura é mais do que a escolha de um apósito, englobando vários fatores que contribuem para a cicatrização.



É importante conhecer as reais características e funções de cada apósito para uma melhor opção terapêutica.

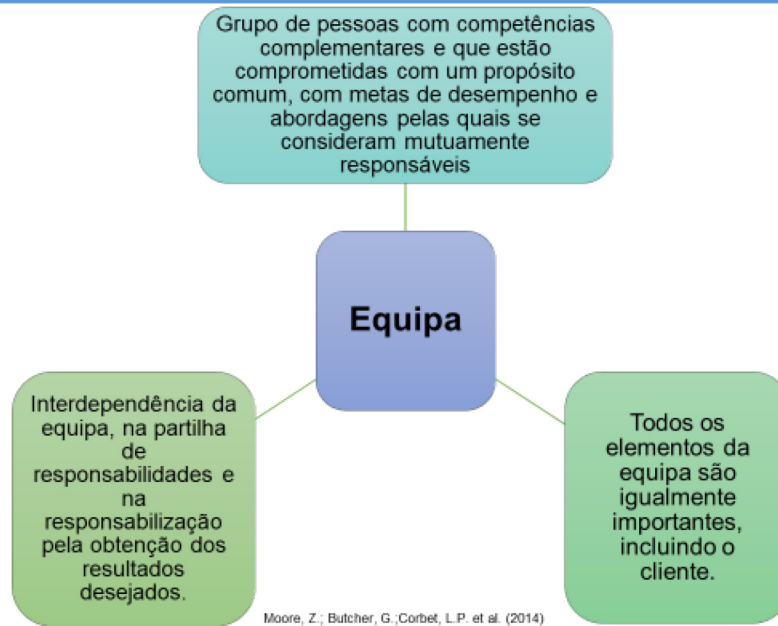
Trabalho em equipa



- Abordagem holística para o tratamento de feridas cicatrizáveis, dando particular importância a estratégias de tratamento otimizadas, que incluem sempre que possível **uma abordagem em equipa**.

(Sibbald et al., 2011).

Trabalho em equipa



Trabalho em equipa

Algumas estratégias:

Enfãse no cliente;

Mecanismos de encaminhamentos eficientes;

Agregação dos dados da avaliação para elaborar um único plano de cuidados;

Comunicação efetiva;

Reunião semanal entre os vários elementos da equipa multidisciplinar;

Enfermeiro gestor de feridas na equipa.



Trabalho em equipa

Competências e funções do enfermeiro gestor de feridas:

- Formação pós-licenciatura específica na área;
- Experiência no cuidado à pessoa com ferida;
- Desenvolver as melhores práticas através da investigação, ensino e apoio aos colegas;
- Tratamentos com terapias avançadas;
- Trabalho em equipa;
- Encaminhamento;
- Envolvimento na escolha de produtos e políticas nos procedimentos de feridas;
- Impulsionador da mudança e capacidade de influenciar a prática;
- Capacidade de comunicação.

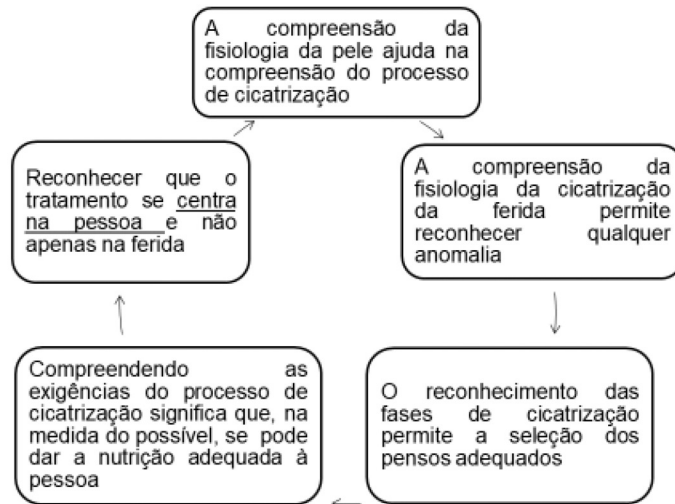
Dallon, M., Chienka, M. e Curtis, K. The role of the wound care nurse: an integrative review. *Community Wound Care*, 2014, Vol. Supplement:339-40, 342-7. *Shin, C., Srinivas, R., Oliveira, B. e Carmo, T.* High prevalence of skin and wound care of hospitalized elderly in Brazil: a prospective observational study. *BMC Res Notes*, 2017, 10(1):1-6 DOI 10.1186/s13104-017-2419-6/ *Bianchi, J.* Preventing, assessing and managing skin tears. *Nurs Times*, 2012, 100(13): 12-14, 16 *Tal, G. e Obeid, E.* Chronic wound audit: evaluation of a tissue viability service. *British Journal of Nursing*, 2007, 16(20):514-523 *Berbow, M.* Wound care viability in 2017. *Journal of Community Nursing*, 2017, 21(1):15-16 *Havorth, M.* Wound care teams: redesigning community nursing services. *British Journal of Community Nursing*, 2008, Supplement 1(1):S16-S20 *Pegram, F.* The role of the tissue viability nurse. *Wound Care*, 2014, 3(2):68-69 *Morero, S., Wills, M. e Wals, S.* A community of practice as a model of advanced wound prevention and management. *Wound Practice and Research*, 2015, 23(4):167-173 *Ousey, K., Mills, J., Allen, L., Henderson, V., King, R. e Stephenson, J.* Exploring the role of the Tissue Viability Nurse. *Wounds UK*, 2015, EPWMA Special Issue:36-45 *Ousey, K., Stephenson, J. e Carter, D.* Tissue Viability Leading Change: competing frameworks: preliminary analysis of use. *Wounds UK*, 2016, 12(3): 38-50 *Cowling, C.* Pressure sores—Tissue viability nurse: a new pool. *Nurs Times*, 1993, 75(24): 51-4 *Ouadi, L. e Fulton, A.* Wound Healing in Older Adults. *Rhode Island Medical Journal*, Fevereiro, 2016:34-36 *Zanon, K., Laif, S., Haugaard, V., Hjalager, J. e Jensen, O.* Significant Differences in Nurses' Knowledge of Basic Wound Management – Implications for Treatment. *Acta Derm Venereol* 2014, 94: 485–491 *Mills, J. e Ousey, K.* Tissue viability 2010-2015: from good to great. *Wound Care*, Setembro 2010:518-524 *Vu, T., Harris, A., Duncan, O. e Sumner, O.* Cost-effectiveness of multidisciplinary wound care in nursing homes: a pseudo-randomized pragmatic cluster trial. *Family Practice* 2017, 34:302-308.

Trabalho em equipa

- “O enfermeiro não é o profissional que age por indicação de outrem. A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios actos (e pelas decisões que toma).”

(Nunes, 2006:10)

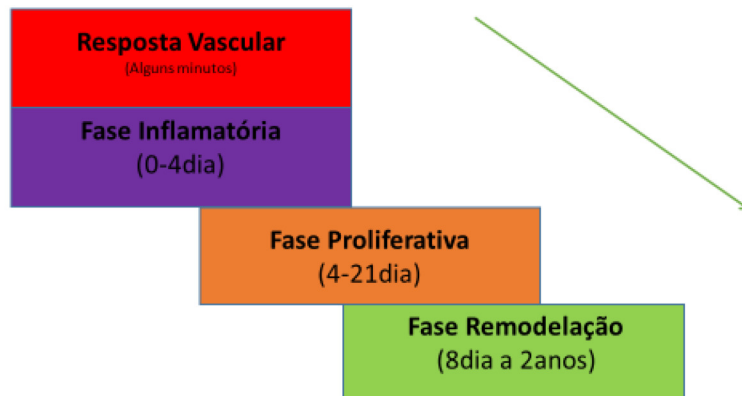
Cicatrização das feridas



Baranoski e Ayello, 2006

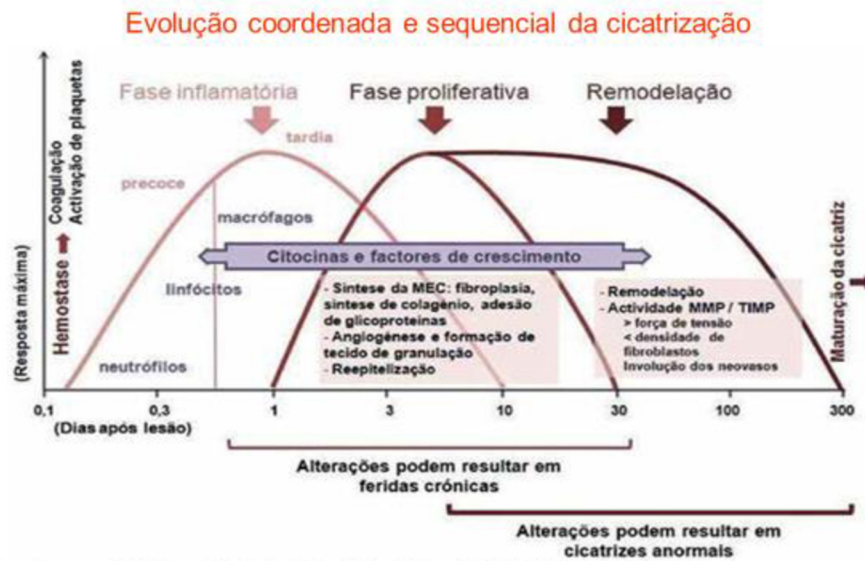
Cicatrização das feridas

4 fases dinâmicas que se sucedem e sobrepoem:



Flanagan (1997)

Cicatrização das feridas



(Fonte: Laureano A, Rodrigues A. Cicatrização de feridas. Revista da SPDV. 2011; 69(3): 355-65).

Cicatrização das feridas

Aguda

- Sem patologia subjacente
- Curta duração
- Fase inflamatória normal
- Cicatrização sem complicações
- Exsudado não lesa bordos
- Exsudado da ferida promove proliferação celular

Crónica/ complexa/ difícil cicatrização

- Patologia subjacente
- Duração > 6 semanas
- Fase inflamatória prolongada
- Podem surgir várias complicações
- Exsudado lesa bordos
- Exsudado da ferida não promove a proliferação celular

Sibbald *et al*, 2003; Enoch *et al*, 2006; Miguéns, 2010

Cicatrização das feridas

- ✓ O exsudado das feridas crónicas é **bioquimicamente diferente** das feridas agudas.
- ✓ O fluido das feridas crónicas diminui a proliferação das células chaves e decompõe o material essencial da matriz extracelular.
- ✓ As feridas crónicas apresentam **células senescentes**.

Sibbald *et al*, 2003; Enoch *et al*, 2006; Miguéns, 2010

Fatores que influenciam a Cicatrização das feridas

A avaliação da ferida acontece no contexto de uma apreciação holística da pessoa.



Baranoski e Ayello, 2006

Fatores que influenciam a Cicatrização das feridas

Fatores sistêmicos

- Idade;
- Diagnóstico clínico e antecedentes pessoais;
- Deficiências imunitárias e terapia imunossupressiva;
- Stress;
- Dor;
- Estado nutricional;
- Fatores sociais – tabaco, álcool
- Medicação.



Baranoski e Ayello, 2006

Fatores que influenciam a Cicatrização das feridas

Fatores locais

- Temperatura da Ferida;
- Edema;
- Má perfusão;
- Localização e dimensões;
- Dor na ferida;
- Infecção;
- Excesso de exsudado;
- Agentes citotóxicos;
- Ambiente seco;
- Pele circundante.



Baranoski e Ayello, 2006

Acrónimo TIME

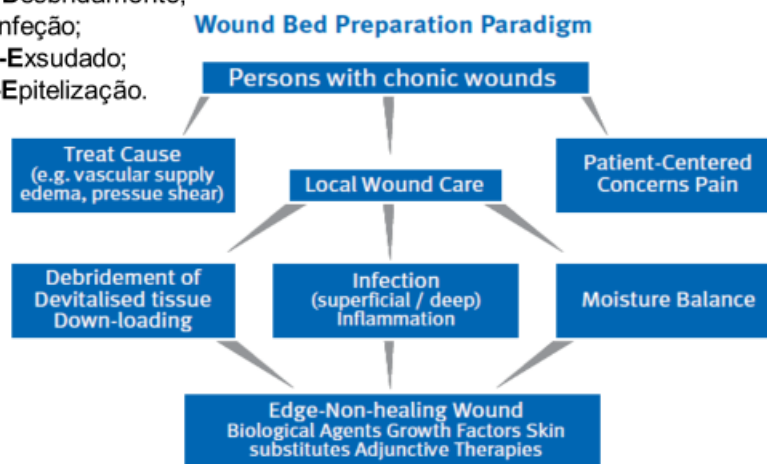
TIME	EWMA
T - Tissue (Tecido não viável ou deficiente)	T- gestão do tecido não viável
I - Infection (Infeção ou inflamação)	I- controlo da infeção e inflamação
M - Moisture (desequilíbrio da humidade)	M- controlo do exsudado
E - Edges (bordos da ferida que não avançam ou estão debilitadas)	E- estimulação das margens epiteliais

Falanga (2000)

mn

Acrónimo TIME

D-Desbridamento;
I-Infeção;
M-Exsudado;
E-Epitelização.



Wound bed preparation: DIM before DIME; RG Sibbald, KY Woo, E Ayello (2008)

Opções terapêuticas - desbridamento

Tipos de Desbridamento:

1. **Cirúrgico/cortante**
2. **Autolítico** (o processo natural do organismo potenciado pela promoção da cicatrização em meio húmido)
3. **Enzimático** (enzimas tópicas)
4. **Mecânico** (irrigação)
5. **Químico** (surfactantes)
6. **Biológico** (larvas esterilizadas)

International wound infection institute (2016)

Opções terapêuticas - desbridamento

Tabela 1: Feridas Cicatrizáveis: Seleção do Método de desbridamento
1=Cenário mais desejável; 5= Cenário menos desejável

	Cirúrgico	Enzimático	Autolítico	Biológico	Mecânico
Velocidade	1	3	5	2	4
Seletividade	3	1	4	2	4
Dor	5	2	1	3	4
Exsudado	1	4	3	5	2
Infeção	1	4	5	2	3
Custo	5	2	1	3	4

(Sibbald et al., 2011).

Opções Terapêuticas – D. autolítico



Hidrogel (gel amorfo)

Composição

Gel amorfo, constituído por polímeros sintéticos impregnados em água

Mecanismo de ação

Ao fornecer um ambiente húmido promove o desbridamento autolítico.

Indicações

Feridas com tecido necrosado duro e viscoso;
Feridas com tecido desvitalizado.

Mudança de penso

Até 3 dias.

Vantagens

Não danifica o tecido de granulação;
Promove alívio e conforto;
Poder ser utilizado em conjunto com outras opções terapêuticas desbridantes (ex: enzimático e cortante).

Precauções

Maceração da pele perilesional;
Diluição de fatores promotores do processo de cicatrização.

Contraindicações

Feridas infetadas;
Feridas exsudativas.

(Cigarro & Menoia, 2015)

Opções Terapêuticas – D. autolítico



Hidrocolóide extrafino

Composição

Carboximetilcelulose sódica (CMC Na);
Pectina;
Gelatina.

Mecanismo de ação

CMC Na – capacidade de absorção de exsudado (reduzida). Ambiente húmido;
Pectina – capacidade de absorção de exsudado (moderada – pouca absorção), redução do pH do meio;
Gelatina – confere coesão ao penso.

Indicações

Feridas com tecido desvitalizado e pouco exsudativas.

Mudança de penso

6 a 9 dias

Vantagens

Promove o ambiente húmido no leito da ferida;
Desbridamento autolítico;
Adaptável a localizações anatómicas difíceis (+hidrocolóide extrafino).

Precauções

Odor do penso poderá ser confundido com odor de infeção;
Forma um gel amarelo que pode ser confundido com exsudado purulento;
Remover através de técnica de estiramento ou enrolamento.

Contraindicações

Ferida exsudativas e/ou infetadas;
Lesões por humidade ou combinadas;
Úlcera de perna.

(Cigarro & Menoia, 2015)

Opções Terapêuticas – D. autolítico



Película de poliuretano (filmes transparentes)

Composição

Camada fina e transparente de poliuretano.

Mecanismo de ação

Apresenta permeabilidade seletiva e permite manter um ambiente húmido.

Indicações

Feridas com tecido de granulação e/ou epiteliação;
Feridas superficiais com reduzido exsudado;
Promoção do ambiente húmido, favorável ao desbridamento autolítico.

Mudança de penso

Até 7 dias

Vantagens

Flexível, fácil adaptação a regiões anatómicas difíceis;
Permite visualização da ferida;
Impermeável.

Precauções

Remoção através da técnica de estiramento.

Contraindicações

Feridas muito exsudativas e infetadas;
Úlceras de perna.

(Elias, Gouveia, Martins & Miguéns, 2009, Cigarro & Menoia, 2015)

Opções Terapêuticas – D. enzimático



Colagenase

Composição

Colagenase clostridiopeptidase A + outras peptidases + parafina líquida e vaselina branca.

Mecanismo de ação

Quebra as pontes/fibras de colagénio que ligam o tecido inviável ao viável;
Atua do fundo para o topo da ferida;
Ativação da fase inflamatória, estimulando a migração celular.

Indicações

Feridas com tecido necrosado ou desvitalizado.

Mudança de penso

Diariamente ou 2 vezes por dia, potenciando o efeito enzimático;
Periodicidade máxima 48 horas.

Vantagens

Promove a remoção gradual do tecido não viável – desbridamento enzimático.

Precauções

Dor ou ardor na zona afetada no princípio do tratamento;
Podem manifestar-se irritações locais;
Existe dificuldade em espalhar e na adesão ao leito da ferida;
Proteger a pele perilesional;
Deve ser aplicada por baixo do tecido desvitalizado/necrosado.

Contraindicações

Utilização concomitante com pensos com prata (inativação)

(Cancela, Dias, Mateus, Sadio & Santos, 2012)

Opções terapêuticas – infecção e inflamação

Diferença entre infecção do compartimento superficial e profundo nas feridas:

SUPERFICIAL:

- Não cicatriza;
- Tecido de granulação friável;
- Tecido de granulação exuberante e brilhante;
- Aumento do exsudado;
- Formação de novas áreas de necrose;
- Odor.

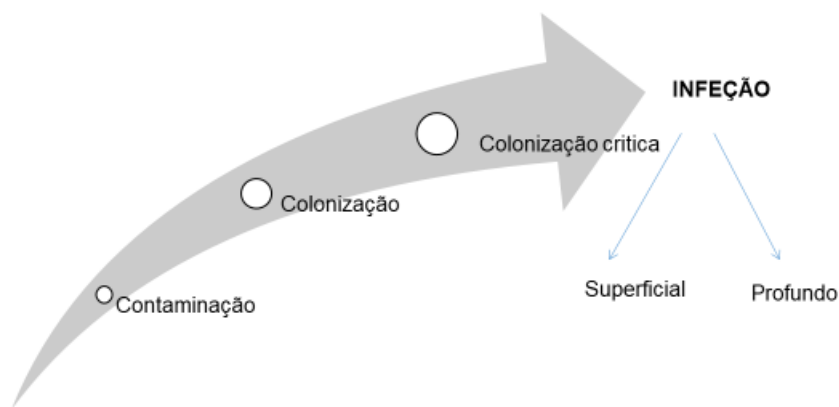
PROFUNDO:

- Dor;
- Aumento do tamanho;
- Aumento da temp.;
- Eritema > 1-2cm, exsudado e edema;
- Exploração óssea- "prone to bone".

2 ou 3 dos sinais têm que estar presentes para ser infecção

Sibbald, R, *et al* 2007

Opções terapêuticas – infecção e inflamação



Pina, 2006

Opções terapêuticas – infecção e inflamação

Como?

- ✓ Limpeza adequada da ferida;
- ✓ Desbridamento continuado;
- ✓ Penso com atividade antimicrobiana/antisséptico de liberação lenta.

Baranoski e Ayello, 2006

Opções terapêuticas – infecção e inflamação



Opções terapêuticas – infecção e inflamação

Crítérios de biofilme:

- ✓ Sem resposta ao tratamento com antibiótico apropriado;
- ✓ Não responde adequadamente ao antimicrobiando aplicado;
- ✓ Recorrência do atraso de cicatrização após completar o tratamento;
- ✓ Há atraso na cicatrização mesmo com o tratamento e suporte adequado;
- ✓ Aumento do exsudado;
- ✓ Baixo nível de eritema;
- ✓ Tecido de granulação pobre e hipergranulação friável;
- ✓ Sinais secundários de infecção.

International wound infection institute (2016)

Opções terapêuticas – infecção e inflamação

Table 6: Cleansing solutions and gels				
Solution	Type	Cytotoxicity	Effect on biofilm	Comments
Sterile normal saline	Isotonic ²⁵	None	None	■ Sterile, non-antiseptic solution ²³
Sterile water	Hypotonic	None	None	■ Sterile, non-antiseptic solution ²³
Potable tap water	Varies in content	Unknown/variable	None	■ Not sterile ²³
Polyhexa-methylene biguanide (PHMB)	Surfactant antimicrobial	Low to none ²³	Surfactant qualities disrupt biofilm attachments ^{23, 24}	■ Available in gel and irrigation preparations that can be used together or separately ■ Lowers liquid surface tension, allowing greater spread and facilitating separation of non-viable tissue ²³ ■ Does not promote bacterial resistance ²³
Octenidine dihydrochloride (OCT)	Surfactant antimicrobial	■ <i>In vitro</i> tests show high toxicity ²⁷ ■ Lack of absorption suggests no systemic effects ²⁷ ■ Not shown to disrupt healing	■ Prevents formation of new biofilm for at least 3 hours ²⁸ ■ Inhibits planktonic and bacterial biofilm growth for up to 72 hours ²⁸	■ Available in gel and irrigation preparations that can be used together or separately ²³ ■ Lowers liquid surface tension allowing greater spread and facilitating separation of non-viable tissue ²⁸
Super-oxidised with hypochlorous acid (HOCL) and sodium hypochlorite (NaOCL)	Antiseptic	May vary depending on concentrations	■ Penetrates biofilm rapidly, killing formations from within ²⁹ ■ Does not promote resistant bacteria strains ²¹	■ Purported to provide desloughing and antimicrobial activity ■ Available in gel and irrigation preparations that can be used together or separately
Povidone iodine	Antiseptic	Varies depending on concentrations ²⁸	■ Inhibits development of new biofilm ²⁹ ■ Eradicates young biofilm colonies ²⁹ ■ Significantly reduces mature biofilm colonies ²⁹	■ Modulates redox potentials and enhances angiogenesis, thereby promoting healing ²¹ ■ May inhibit excess protease levels in chronic wounds ²¹

International wound infection institute (2016)

Opções terapêuticas – infecção e inflamação

Clinical use	Topical antimicrobial agent	Target site/ mode of action	Resistant bacteria first isolated	Examples of antibiofilm activity	Examples of cytotoxicity (in vitro tests)	Examples of systemic toxicity and allergenicity
Antiquity	Silver	Interacts with thiol groups in membrane-bound enzymes and binds to DNA to cause strand breakage	<i>E. coli</i> ¹¹ <i>Enterobacter cloacae</i> ¹¹ <i>P. aeruginosa</i> ¹⁰ <i>A. baumannii</i> ¹¹	<i>P. aeruginosa</i> ¹² 10 multidrug resistant bacteria ¹³ <i>P. aeruginosa</i> and <i>S. aureus</i> ¹⁴	Human keratinocytes ¹⁷ Monolayers, explants and murine model ¹⁸ Human diabetic fibroblasts ¹⁹ Murine fibroblasts ¹⁶	Argria and argross ¹⁵
Antiquity	Honey	Prevents cell division in staphylococci and disrupts outer membranes of <i>Pseudomonas</i>	---	<i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i> ²⁰ MRSA ²¹	---	---
1827	Hypochlorite (also known as Eau de Javel, EUSOL, Dakin's solution and bleach)	Superoxidizing agent— inhibition of glucose oxidation and DNA replication, depletion of adenine nucleotides, protein denaturation	---	<i>E. coli</i> , <i>S. aureus</i> ²² MRSA ²³ <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i> ²⁴ <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i> ²⁵	Rabbit ear chamber ²² Human fibroblasts ²³	Corrosive to skin, depending on concentration (HPA)
1954	Chlorhexidine	Disruption of the bacterial inner membrane and coagulation of cytoplasmic components	<i>Proteus mirabilis</i> ¹⁴ <i>Pseudomonas</i> sp. ¹⁷ <i>S. aureus</i> ^{14, 16}	<i>E. coli</i> , <i>S. aureus</i> ²⁶ <i>P. aeruginosa</i> ¹⁰ <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i> ¹⁷	Murine fibroblasts ²⁴ Murine fibroblasts ¹⁶	Risk of anaphylactic reaction to chlorhexidine allergy ¹³
1956	Povidone iodine	Oxidation of thiol groups, binding to DNA and reduction of fatty acids in membranes	---	<i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i> ²⁶ <i>S. epidermidis</i> ¹⁸	Human fibroblasts ²⁵ Murine fibroblasts ¹⁶	Renal and thyroid dysfunction ¹⁸ Allergic reactions ¹³
1981	Cadexomer iodine	Oxidation of thiol groups, binding to DNA and reduction of fatty acids in membranes	---	<i>S. aureus</i> ¹³	Human fibroblasts ²⁴	Renal and thyroid dysfunction ¹⁸
1984	Octenidine	Disruption of bacterial membranes	---	<i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i> ²²	Murine fibroblasts ¹⁶ Murine fibroblasts ¹⁶ Chronic venous leg ulcers ²⁴	---
1994	Polyhexanide (polyhexamethylene biguanide [PHMB])	Disruption of bacterial membranes by binding to phospholipids	---	<i>E. coli</i> , <i>S. aureus</i> ¹⁴ <i>P. aeruginosa</i> ¹⁰	Murine fibroblasts ¹⁶ Murine fibroblasts ¹⁶	Hypersensitivity rare, but possible ¹³

EWMA 2013

Opções terapêuticas – infecção e inflamação



Imagem Google

Sulfadiazina de prata

Composição

10 mg de sulfadiazina de prata.
Os outros componentes: álcool cetostearílico, vaselina branca, miristato de isopropilo, propilenoglicol, estearato de polioxil 40, oleato de sorbitano, metilparabeno e água purificada.

Mecanismo de ação

Altera a conformação da membrana bacteriana e o mecanismo de divisão celular.

Indicações

Antibacteriano tópico, preventivo e curativo das infecções em todo o tipo de feridas e úlceras, especialmente em queimaduras.

Mudança de penso

Diário

Vantagens

Permite desbridamento autolítico
Fácil aplicação

Precauções

Necessita de troca diária, o que se torna mais doloroso para o cliente e idealmente 12/12h

Não usar em conjunto com a colagenase

Evitar nas gestantes de termo

Se existir uma grande absorção sistêmica da sulfadiazina, não se pode excluir a possibilidade de existência de insuficiência renal e lesão hepática.

(Cigarro & Menolla, 2015)

Opções terapêuticas – infecção e inflamação



Imagem Google

Sulfadiazina de prata + nitrato de cério

Composição

Sulfadiazina de prata micronizada.
Nitrato de cério hexahidratado
Excipientes (álcool cetosteárilico, estearil éter, álcool oleílico etoxilado, metilparabeno, propilparabeno, vaselina, propilenoglicol e água deionizada).

Mecanismo de ação

Altera a conformação da membrana bacteriana e o mecanismo de divisão celular e imunomodulador.

Indicações

Antibacteriano tópico, preventivo e curativo das infecções em todo o tipo de feridas e úlceras, especialmente em queimaduras. Cério tem um ação moduladora da resposta imunológica, prevenindo uma "queda" da imunidade.

Mudança de penso

Diário

Vantagens

Permite desbridamento autolítico
Fácil aplicação

Precauções

Não usar em conjunto com a collagenase
Necessita de troca diária, o que se torna mais doloroso para o cliente
Evitar nas gestantes de termo
Se existir uma grande absorção sistêmica da sulfadiazina, não se pode excluir a possibilidade de existência de insuficiência renal e lesão hepática.

(Cigarro & Menoña, 2015)

Opções terapêuticas – infecção e inflamação



Imagem Google

Espuma de poliuretano com prata iônica e silicone

Composição

Espuma poliuretano
Prata iônica
Camada de contato com ferida de silicone

Mecanismo de ação

Altera a conformação da membrana bacteriana e o mecanismo de divisão celular.

Indicações

Feridas infetadas e com diferentes níveis de exsudado

Mudança de penso

4 a 7 dias

Vantagens

Pouco doloroso
Atua contra o biofilme
Gestão do ambiente húmido;

Precauções

Não utilizar em clientes com sensibilidade conhecida à prata
Não utilizar em clientes com tratamentos com radiação

Contraindicações

Feridas com pouco exsudado ou com necrose seca.

Opções terapêuticas – infecção e inflamação

Carboximetilcelulose sódica e prata iônica



Imagem Google

Composição

CMC;
Prata iônica.

Mecanismo de ação

Libertação de íons de prata para o leito da ferida.

Indicações

Feridas infetadas e exsudativas.

Mudança de penso

Até 5 dias

Vantagens

Capacidade absorvente;
Promoção do tecido de granulação;
Gestão do ambiente húmido;
Controlo de infeção, bacteriostático.

Precauções

Irrigar o penso para facilitar remoção;
Verificar aderência ao leito da ferida e bordos antes da remoção;

Contraindicações

Feridas com pouco exsudado ou com necrose seca.

(Cigarro & Menoita, 2015)

Opções terapêuticas – infecção e inflamação

Octenidina



Imagem Google

Composição

Dicloridrato de Octenidina (OCT)
Fenoxietanol

Mecanismo de ação

A OCT funciona como uma substância catiónica ativa na membrana da célula que vai de encontro à destruição da função microbiana da célula.

Indicações

Antisséptico utilizado na membrana mucosa, pele e feridas.

Mudança de penso

3 a 5 dias

Vantagens

Rápido início de ação após 30s
Ação remanescente comprovada após 24h
Sem efeitos sistémicos colaterais
Não tem qualquer indução de resistência bacteriana
Penetra o biofilme da ferida
Limpa, desinfeta e promove a cicatrização
Não perde eficácia na presença de proteína e sangue
Gel permite o desbridamento autolítico

Precauções

Não utilize Octiset próximo de zonas da pele tratadas com antissépticos iodopovidona

Não utilize Octiset juntamente com surfactantes aniónicos (sabão, detergente) com os quais pode reagir e anularem-se na sua atividade.

Opções terapêuticas – infecção e inflamação

Polihexametileno de Biguanida (PHMB)



Imagem Google

Composição

Agente de limpeza incolor e inodoro, constituído por 98,8% água purificada;
0,1 % Polihexametileno biguanida (ação antimicrobiana);
0,1% Betaina (surfactante);
Apresentação em gel contém também glicerina.

Mecanismo de ação

Largo espectro;
Ação bactericida, sem resistência bacteriana;
Capacidade de danificar ou destruir o ADN bacteriano;
Surfactantes - agentes de limpeza não agressivos, que reduzem a tensão superficial, destruindo o biofilme;
O *Prontosan*, em ambiente húmido, mantém a sua atividade até 72 horas.

Indicações

Limpeza de feridas infetadas;
Prevenção e destruição de biofilme;
Desbridamento de tecidos desvitalizados com depósitos de fibrina;
Prontosan solução – limpeza direta de feridas ou em associação com outros pensos;
Prontosan Wound Gel – mais fluido, indicado para feridas de menor dimensão, profundas/tunelizadas ou áreas de difícil acesso;
Prontosan Wound Gel X – mais consistente, indicado para feridas de maior dimensão ou em situações em que o *Wound Gel* é demasiado fluido; indicado para feridas mais exsudativas, na medida em que não concorre para o aumento da humidade da ferida, não potenciando a maceração da pele perilesional.

(Cigarro & Menoia, 2015)

Opções terapêuticas – infecção e inflamação

Polihexametileno de Biguanida (PHMB)



Imagem Google

Mudança de penso

Até 72 horas;
Diariamente - feridas infetadas ou com difícil cicatrização.

Vantagens

Seguro e de fácil utilização;
Biocompatível com todos os tecidos, não citotóxico;
Ação antimicrobiana seletiva (apresentando toxicidade nula sobre queratinócitos e fibroblastos) e ativa contra grande parte dos microrganismos, apresentando assim um largo espectro de ação, incluindo MRSA;
Eficaz na prevenção e eliminação do biofilme;
Não apresenta absorção sistémica e não apresenta evidência de resistência bacteriana;
Indolor e com efeito desodorizante, ao diminuir carga microbiana;
Hipoalergénico e não irritante;
Reduz tempo de cicatrização;
Excelente relação custo-benefício.

Precauções

Utilização poderá promover um descontrolo da quantidade de exsudado levando à maceração da pele perilesional.

Contraindicações

Não deve ser combinado com outros agentes de limpeza de feridas ou pomadas, nem com terapia larvar.

(Cigarro & Menoia, 2015)

Opções Terapêuticas



Imagem: Google

Carvão ativado

Composição

Membrana não aderente, permeável, que envolve uma camada central de carvão vegetal ativado.

Mecanismo de ação

Capacidade de adsorção de pequenas moléculas de odor volátil, produzidas pelo metabolismo de bactérias anaeróbias e esporos bacterianos.

Indicações

Feridas com odor intenso;
Feridas malignas (que apresentam mau odor).

Mudança de penso

Até 3 dias

Vantagens

Capacidade adsorvente – controlo do mau odor.

Precauções

Não deve ser recortado;
Facilmente rompido, pelas que as fibras de carvão libertadas e em contacto com o leito da ferida, coloram-no e podem prolongar a fase inflamatória;
Fica inativado se molhado ou em contacto com o exsudado.

Contraindicações

Feridas desidratadas

(Cigarro & Menoita, 2015)

Opções Terapêuticas – controlo do exsudado

Exsudado normal- favorece o ambiente húmido necessário à cicatrização.

Ambiente húmido na ferida :

- ✓Melhoria na formação de síntese de colagénio e granulação dos tecidos;
- ✓Migração celular e epitelização mais rápida;
- ✓Diminui a dor;
- ✓Não há formação de crostas e escaras.

Winter GD, 1962

Opções Terapêuticas – controlo do exsudado



Imagem Google

Espuma hidrofílica

Composição

Película externa hidrofóbica de poliuretano;
Centro absorvente de matriz de espuma de poliuretano hidrofílica;
Superfície de contacto com o leito da ferida de película perfurada e hidrofílica de poliuretano

Mecanismo de ação

Película externa - permeabilidade às trocas gasosas e impermeável a fluidos e microrganismos;
Centro – absorção do exsudado;
Superfície de contacto – não aderência ao leito da ferida, adaptação (limitada) às irregularidades, manutenção do ambiente húmido.

Indicações

Todo o tipo de feridas;
Proteger pele perilesional da fricção e pressão.

Mudança de penso

Até 7 dias.

Vantagens

Grande capacidade de gestão do exsudado
Protegem a ferida, isolando-a e promovem almofadamento
Promoção do meio húmido
Não deixam resíduos na ferida
Utilizadas sob terapia compressiva (sem rebordo adesivo)

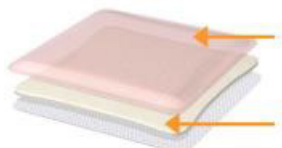
Precauções

Adaptar ao tamanho da ferida;
Verificar aderência ao leito da ferida e bordos antes da remoção;
Irigar penso facilita remoção;
Não indicado para prevenção de UPP.

(Cigarro & Menotta, 2015)

Opções Terapêuticas – controlo do exsudado

Seleção de material de penso com capacidade de equilibrar/gerir o exsudado



Espumas



Alginato cálcio



Carboximetilcelulose



Poliácrilatos



Biocerâmicas



Outros absorventes

Imagens Google

Opções Terapêuticas – controlo do exsudado

Terapia Pressão tópica Negativa/Terapia de Vácuo

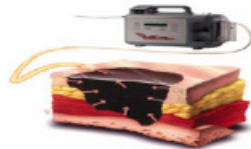


Imagem Google

Vantagens:

- ✓ Contração da ferida;
- ✓ Diminuição do exsudado;
- ✓ Aumento do aporte sanguíneo;
- ✓ Formação do tecido de granulação;
- ✓ Estimulação da mitose.

Hendersan V, Timmons J, Hurd T, Dieroo K, Maloney S, Sabo S. (2010). NPWT in everyday practice Made Easy. Wounds International 1(5). Retirado de: http://feridas.smith-nephew.pt/descargas/TPN_facil_1.pdf

Opções Terapêuticas – Epitelização

Causas de não cicatrização:

MMP's em níveis elevados;

MMP's durante um longo período de tempo;

MMP's presente em locais inadequados da ferida.

Estas condições originam uma destruição de proteínas e fatores de crescimento essenciais à formação de MEC e ao processo de cicatrização.

Opções Terapêuticas



Atraumáticos e não aderentes – compressa primária não-aderente

Composição

Compressa primária não-aderente de impregnada em parafina.

Mecanismo de ação

Manutenção de um ambiente húmido;
Adere à pele perilesional, selando os bordos da ferida e protegendo a pele perilesional;
Protege a lesão evitando a aderência do curativo protetor e impedindo a desidratação do tecido de granulação.

Indicações

Feridas com tecido de granulação e epiteliação;
Queimaduras de 1º e 2º grau;
Feridas traumáticas/dolorosas;
Quebras cutâneas;
Prevenção e tratamento de cicatrizes hipertróficas e quelóides.

Mudança de penso

Até 14 dias.

Vantagens

Material macio, maleável, flexível, confortável, sensação refrescante;
Previne maceração da pele perilesional;
Aderência suave e seletiva;
Remoção sem "skin stripping" e indolor;
Não deixa resíduos no leito da ferida;;
Compatível com tratamentos tópicos.

Precauções

Irrigar antes da sua remoção, devido à penetração do tecido de granulação na malha

(Cigarro & Menoia, 2015)

Opções Terapêuticas

Produtos Barreira – Película Polimérica



Imagem Google

Composição

Polímeros de acrilato.

Mecanismo de ação

Barreira impermeável aos fluidos e permeável às trocas gasosas;
Revestimento impermeável ao excesso de humidade ou à ação irritativa de produtos orgânicos que possam entrar em contacto com o tecido;
Película adere à pele e permite a evaporação da água e outras gases.

Indicações

Evitar danos na pele intacta;
Evitar danos na pele em risco de sofrer uma quebra cutânea;
Presença excessiva de humidade na pele, não interferindo na absorção pelos dispositivos absorventes.

Mudança de penso

Até 72 horas.

Vantagens

Permite a vigilância da pele, não comprometendo a adesividade do apósito;
Durabilidade superior;
Menor frequência de aplicações;
Aceleração no tempo de cicatrização;
Maior qualidade de vida para os doentes.

Precauções

Aumento da adesividade de adesivos na sobreposição com película polimérica.

Contraindicações

Os irritantes não devem ser aplicado sobre o leito da ferida (maioria dos copolímeros).

(Escada, Faustino & Martinho, 2015)

Opções Terapêuticas

Preparação do leito da ferida		
TIME	Intervenções	O que aplicar...
T- Tissue (Tecido não viável ou deficiente)	T- controlo do tecido não viável através do desbridamento	<p>Autoitico – Hidrogel (Kemagel®), Hidrocolóide extra fino (Hidrocoll®), película poliuretano (Tegaderm®), octenidina gel (Octenilin®), sulfadiazina de prata (Silvaderma®, Siczine®) e sulfadiazina de prata com nitrato de cério (Flammacérium®)</p> <p>Enzimático – Colagenase (Ulcerase®)</p> <p>Cortante - Lâmina</p> <p>Cirúrgico - Bloco operatório</p> <p>Mecânico - Irrigação de SF 0,9% ou água filtrada (temp. 36°C)</p>
I- Infection (Infeção ou inflamação)	I- controlo da infeção e inflamação através da limpeza eficaz, desbridamento contínuo e aplicação de antimicrobiano tópico	<p>Prata (Aquacel Ag®, Mepilex Ag®)</p> <p>Sulfadiazina de prata (Silvaderma®, Siczine®)</p> <p>Sulfadiazina de prata com nitrato de cério (Flammacérium®)</p> <p>Octenidina solução (Octiset®)</p> <p>Octenidina gel (Octenilin®)</p> <p><i>Nota:</i> aquando produzido odor intenso usar carvão ativado</p>
M-Moisture (desequilíbrio da humidade)	M- controlo do exsudado através de pensos absorventes, no entanto manter o leito da ferida húmido	<p>Com exsudado:</p> <p>Espuma hidrofílica (Espuma non-adhesive®)</p> <p>Carboximetilcelulose com prata (Aquacel Ag®)</p> <p>Espuma de poliuretano com prata (Mepilex Ag®)</p> <p>Gaze parafinada (Jelonet®, Lomatuell H®)</p> <p>Sem exsudado:</p> <p>Película de poliuretano (Tegaderm®)</p> <p>Hidrocolóide extra fino (Hidrocoll®)</p> <p>Gaze parafinada (Jelonet®, Lomatuell H®)</p> <p>Oxido de zinco</p>
E- Edges (margens da ferida que não avançam ou estão debilitadas)	E- estimulação das margens epiteliais através da preservação do leito e dos bordos da ferida e pele circundante	<p>Co-polímero acrilato – spray (Secura®)</p> <p>Gaze parafinada (Jelonet®, Lomatuell H®)</p>

Opções Terapêuticas – objetivos

Cicatrização rápida com ótimo resultado funcional e estético;

Prevenção da infeção ou formação de biofilmes;

Cicatrização acelerada com o máximo conforto cliente.

Opções Terapêuticas – Penso Ideal

A escolha do apósito para a queimadura depende:

- ✓ Causa
- ✓ Tamanho
- ✓ Profundidade
- ✓ Localização
- ✓ Exsudado
- ✓ Nível de contaminação
- ✓ Custos

Não existe evidência científica para apoiar a escolha de um apósito em relação ao outro.

European Burns Association (2015)

Opções Terapêuticas – Penso Ideal

CrITÉRIOS PRIMÁRIOS

- proporcionar um meio húmido;
- remover o excesso de exsudado;
- permitir as trocas gasosas;
- manter a temperatura ideal;
- ser impermeável às bactérias;
- estar livre de partículas/contaminantes tóxicos;
- permitir remoção sem trauma.

Turner (1987)

Opções Terapêuticas – Penso Ideal

Há evidência que os pensos de espuma têm vantagens na satisfação dos clientes, redução da dor e tempo de cicatrização.

Os produtos tópicos - devem ter efeito antimicrobiano sem risco de resistência ou reações alérgicas. Não devem deixar resíduos no leito da ferida e permitir uma boa visibilidade do leito de ferida. Não devem desidratar a ferida e absorver o exsudado de forma a manter o equilíbrio da humidade sem maceração da pele circundante.

European Burns Association (2015)

Opções Terapêuticas – Penso Ideal

Flictenas - desbridar?! Apoiar a decisão no risco de infeção, cura, resultado funcional e estético, conforto do cliente, acesso ao material de pensos, eficiência de custos e na experiência clínica.

Há evidência científica que a dor contribui para o stress psicológico sendo um fator chave no atraso da cicatrização.

A temperatura dos tecidos não deve baixar os 33°C → adaptar o tempo e frequência do penso.

European Burns Association (2015)

Opções Terapêuticas – Penso Ideal

Abordagem terá que ter em conta a preparação do leito da ferida (TIME).

Desbridamento através da limpeza com água da torneira (filtrada), solução salina ou água estéril em combinação com desbridamento mecânico → redução de carga bacteriana e estimulação da formação de tecido de granulação.

Uso de desinfetantes podem induzir reações alérgicas e / ou irritação → atrasar a cicatrização. Além disso, têm uma ação reduzida devido as proteínas presentes no leito da ferida.

O uso de antibióticos sistêmicos profiláticos não é suportado pela evidência científica.

European Burns Association (2015)

Conclusão



Referências Bibliográficas

- Baranoski, S. e Ayello, E. O Essencial sobre o Tratamento de Feridas – Princípios Práticos. Loures: Lusodidacta.2006. ISBN 972-8930-03-8
- Cancela, C, Dias, J., Mateus, C., Sadio, P. & Santos, T (2012). *Manual ELCOS. Material de Penso 2012-2013. Um Guia Rápido para a Seleção de Material de Penso* (Edição 3º Forum ibérico de Úlceras e Feridas). Rio Tinto: Clássica, Artes gráficas.
- Cigarro, A. R. & Menoita, E. C. (2015). Parte III – Pessoa com Ferida Complexa: da Avaliação à Intervenção. 19. Material de penso. In E. C. Menoita (Coord). *Gestão de Feridas Complexas* (pp.321 – 456). Loures: LUSODIDATA.
- Dealey, C. Tratamento de feridas – Guia para enfermeiros. Lisboa: Climepsi, 1ªedição. 2006. ISBN 972-796-204-1
- Elias, C., Gouveia, J., Martins, O. & Miguéns, C. (2009). *Material de Penso com Acção Terapêutica. Penso – acto e pensar uma ferida*. Tipografia Lousanense.
- Escada, M. F., Faustino, L. & Martinho, J. (2015). Parte III – Pessoa com Ferida Complexa: da Avaliação à Intervenção. 20. Gestão da humidade. In E. C. Menoita (Coord). *Gestão de Feridas Complexas* (pp.457 – 472). Loures: LUSODIDATA.
- European Burns Association Guidelines - Version 3 2015.docx
- Gottrup, F., Apelqvist, J., Bjansholt, T. et al. EWMA Document: Antimicrobials and Non-healing Wounds—Evidence, Controversies and Suggestions. *J Wound Care*. 2013; 22 (5 Suppl.): S1–S92.
- International Wound Infection Institute (IWII) Wound infection in clinical practice. *Wounds International* 2016
- Laureano A, Rodrigues A. Cicatrização de feridas. *Revista da SPDV*. 2011; 69(3): 355-65).
- LeaperDJ,SchultzG,CarvilleK,FletcherJ,SwansonT,DrakeR.ExtendingtheTIMEconcept:whathavewelearned in the past 10 years? *Int Wound J* 2012; 9 (Suppl. 2):1–19
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: LUSODIDATA.
- Moore, Z.; Butcher, G.;Corbet, L.P. et al. AAWC, AWMA, EWMA, Position Paper: Managing Wounds as a Team. *J Wound Care*. 2014;23(5): S1-S38.
- Santos, V., et al (2014) DIM+E: A More Comprehensive View of Wound Bed Preparation, *Journal of Aging & Inovation*, 3 (1): 3-14
- Sibbald, R. Gary et al. - Special Considerations in Wound Bed Preparation 2011: An Update [Em Linha], *Wound Care Journal*, 2011, Sep., Disponível em: WWW.WOUNDCAREJOURNAL.COM
- Pedro, I., Saraiva, S. (2012) Nursing Intervention for Biofilm management en Complex Wounds. *Journal of Aging & Inovation*, 1 (6): 78-88

APÊNDICE XI – Questionário de avaliação da sessão de formação “Importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas disponíveis na Unidade de Queimados”

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

“Importância do trabalho em equipa e opções terapêuticas disponíveis na Unidade de Queimados”

Agradeço a sua participação nesta formação. A sua opinião é de extrema importância para avaliar os conteúdos abordados, bem como a performance da formadora.

Este questionário é anónimo e tem como objetivo aferir a importância dos conteúdos abordados para a sua prática de cuidados, melhorar o meu desempenho em futuras formações e avaliar a pertinência do tema e a necessidade de mais formação nesta área.

Gostaria que classificasse as seguintes afirmações de 1 a 5, sendo que:

- 1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo totalmente.

Avaliação global da formação	
De uma forma global esta formação agradou-me.	
A forma como os conteúdos foram abordados foi a mais correta.	
Esta formação correspondeu às minhas expectativas iniciais.	
Esta formação foi importante para o meu desenvolvimento profissional.	
Os conhecimentos adquiridos podem ser utilizados diariamente durante o cuidado	
O tempo despendido nesta formação foi suficiente.	
No geral, adquiri conhecimentos novos sobre certas opções terapêuticas na área da prevenção e tratamento de feridas.	
Os recursos/metodologia pedagógica utilizados foram os mais adequados.	
Avaliação dos conteúdos abordados	
Os conteúdos abordados foram importantes para a minha prática.	
Adquiri conhecimentos novos acerca das características de certos produtos.	
Adquiri conhecimentos novos sobre a forma de aplicação de certos produtos.	
Conheci produtos que nunca tinha utilizado.	

Avaliação do desempenho da formadora

Relativamente à formadora:

Domina a matéria abordada.	
Foi capaz de esclarecer as dúvidas dos formandos.	
Teve a capacidade de motivar os formandos.	
Aborda os assuntos de forma clara e objetiva.	
Fez uma boa gestão do tempo.	

- 1) Gostaria de participar em mais formações em Feridas e Viabilidade Tecedular? Se sim, indique quais os temas que gostava que fossem abordados.

- 2) Que aspetos considera que possam ser melhorados numa próxima formação?

- 3) Recomendaria esta formação a outros colegas?

Obrigada pela sua participação e colaboração!

Enf.^a Raquel Marques Silva

APÊNDICE XII – Ferramenta de apoio à tomada de decisão na escolha do material de pensos para a Unidade de Queimados

Preparação do leito da ferida

Permite aos profissionais determinar e considerar os motivos para o atraso na cicatrização e reiniciar o processo cicatricial através da remoção de barreiras à cicatrização

TIME	Intervenções	O que aplicar...
T- Tissue (Tecido não viável ou deficiente)	D- Controlo do tecido não viável através do desbridamento	Autolítico - Hidrogel (Urigo Hydrogel®), Hidrocolóide extra fino (Varihesive extra fino®), Urigo Algoplaque film®), película poliuretano (Filporo®) Enzimático - Colagenase (Ulcerase®) Cortante - Lâmina, cureta dermatológica Cirúrgico - Bloco operatório Mecânico - Irrigação de SF 0,9% (temp. 37°C)
I- Infection (Infeção ou inflamação)	I- Controlo da infeção e inflamação através da limpeza eficaz, desbridamento contínuo e aplicação de antimicrobiano tópico	Prata (Atrauman Ag® , Silvercell®) Sulfadiazina creme (Silvederma®) Clorhexidina 0,2% solução (Ducray®) Clorhexidina em creme (Hibitane®) Gaze impregnada de Clorhexidina (Bactigras®) PHMB solução (Prontosan soluções®) PHMB gel (Prontosan gel®) Octenidina (Octiset®) <i>Nota: se odor intenso usar carvão ativado, não cortar (Askina Carbosorb®)</i>
M- Moisture (desequilíbrio da humidade)	M- Controlo do exsudado através de pensos absorventes, no entanto manter o leito da ferida húmido	Com exsudado: Espuma de poliuretano (Kendall Foam®) Alginato de cálcio (Nu-Derm® , Sorbalgon®) Sem exsudado: Pelicula de poliuretano (Filporo®) Hidrocolóide extra fino (Varihesive extra fino®)
E- Edges (margens da ferida que não avançam ou estão debilitadas)	E- Estimulação das margens epiteliais através da preservação do leito, dos bordos e pele circundante da ferida	Óxido de zinco (Olidermil®) Co-polímero acrílico - spray (Silnesse®) Película não aderente de silicone (Silnet®) Película não aderente impregnada de parafina (Adaptic®)

Fonte: [Falanga, \(2004\)](#); [Sibbald, Woo e Avello \(2008\)](#)) adaptado por Estudante de Enfermagem da Especialização em Médico-cirúrgica Raquel Silva (2017), sob orientação de



APÊNDICE XIII – Sessão de formação “A tomada de decisão no cuidado ao cliente com ferida”

TOMADA DE DECISÃO NO TRATAMENTO DE FERIDAS



Raquel Marques Silva

Almada, 21 de novembro de 2017

Úlceras por Pressão

Problema de saúde pública mundial e
um indicador de qualidade dos cuidados prestados, que
requer uma abordagem interdisciplinar.

(DGS, 2015)

Úlceras por Pressão

❑ O **Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020**, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.

7. Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão.

8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

(Despacho n.º 1400-A/2015 publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015)

Úlceras por Pressão

❑ Vários estudos comprovam **que 95% a 98% dos casos das UPP podem ser prevenidos.**

❑ O **Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020**, determina as metas a serem atingidas no final de 2020:

- 1) **95%** das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras por pressão.
- 2) As instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado **reduzem em 50%**, face a 2014, o número de úlceras por pressão adquiridas nas instituições.

(Despacho n.º 1400-A/2015 publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015)

Úlceras por Pressão

Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente sobre uma **proeminência óssea**, resultante de pressão ou de pressão em combinação com cisalhamento.



Documento de Consenso da World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão. Wounds International, 2016

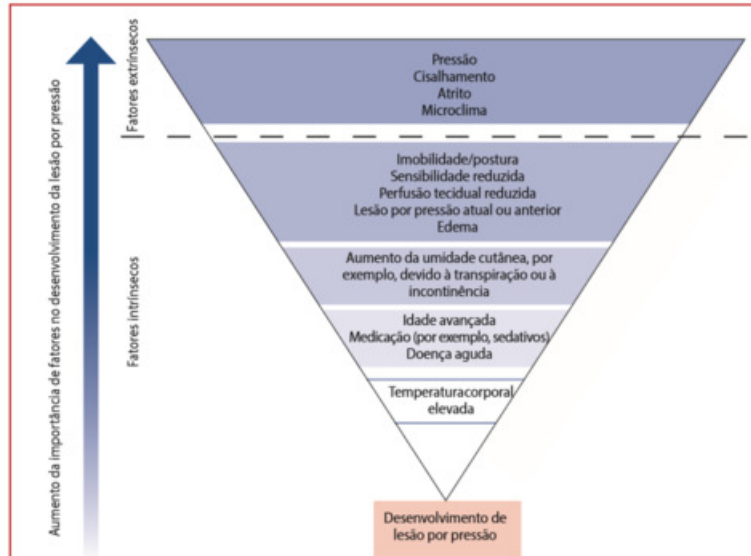
Úlceras por Pressão



(NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014)

Úlceras por Pressão

APÊNDICE 2 Fatores extrínsecos e intrínsecos no desenvolvimento da lesão por pressão (adaptado de^{12,43,56})



Documento de Consenso da World Union of Wound Healing Societies (WUWHs). O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão. Wounds International, 2016

Prevenção das Úlceras por Pressão



NHS Midlands and East (2012) SSKIN Pressure Ulcer Care Bundle: Prevention. 2012. Available at: <http://nhs.stopthepressure.co.uk/Path/docs/Prevention%20bundle.pdf>

STOP às Úlceras por Pressão

Como Prevenir??



NHS Midlands and East (2012) 2010 Pressure Ulcer Bundle Prevention 2012. Available at: <http://www.stoppressure.co.uk/Prevention%20bundle.pdf>, adaptado por Estúdios de Enfermagem da Especialidade em Neuro-oncologia Rural São (2015), sob orientação de Dr.ª Jovana Fernandes.

Prevenção de Úlceras por Pressão

- ❑ Usar uma abordagem estruturada para a avaliação do risco que seja refinada pelo **juízo crítico** e suportada pelo conhecimento dos principais fatores de risco chave (Força da Evidência = C).

JUÍZO CRÍTICO



(NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014)

Necessidades dos Profissionais

- ❑ Saber usar o conhecimento produzido pela evidência científica.

- ❑ Na prevenção de Úlceras por Pressão muitas são as evidências científicas já disponíveis para apoiar a prática dos profissionais de saúde:
 - ❖ NPUAP/EPUAP;
 - ❖ ELCOS;
 - ❖ GNEAUPP;
 - ❖ SILAUHE;
 - ❖ WOCN;
 - ❖ EWMA.

Necessidades dos Profissionais



Segundo a NPUAP, o custo varia de 400 euros e os 56 mil euros por tratamento de úlcera por pressão.

(NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014)

Objetivo do estudo

“Que fatores contribuem para tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica?”

OBJETIVO GERAL:

- ❑ **Conhecer** os fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica.

Tomada de decisão

- ❑ A enfermagem é uma profissão autónoma e de acordo com artigo 9.º do REPE, as intervenções de enfermagem são:

- ❖ **Autónomas**, realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade de acordo com as respetivas qualificações profissionais.

- ❖ **Interdependentes**, realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Tomada de decisão

“O enfermeiro não é o profissional que age por indicação de outrem.

A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios actos (e pelas decisões que toma).”

(Nunes, 2006:10)

Processo de enfermagem



Conclusão

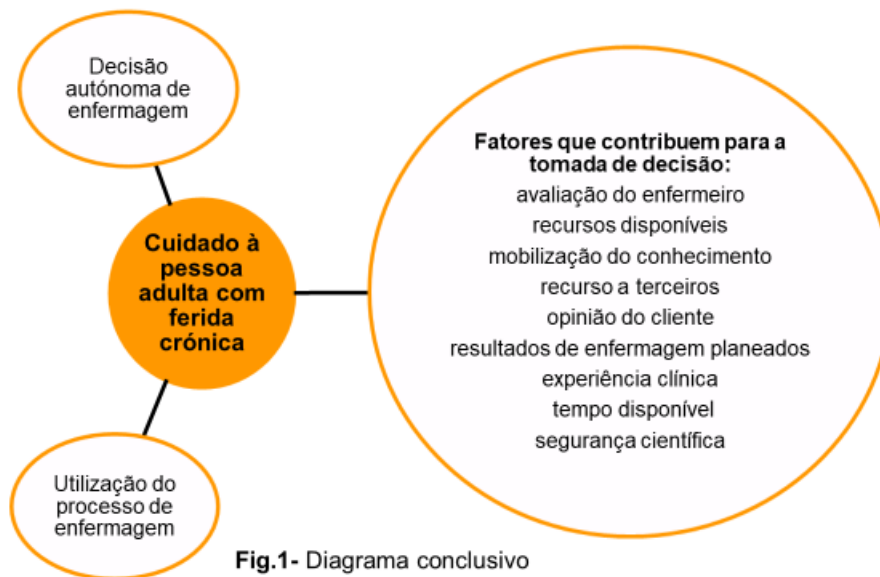


Fig.1- Diagrama conclusivo

Bibliografia

- Deodato, S. (2008). Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Coimbra: Almedina.SA. ISBN 978-972-40-3401-0
- Deodato, S. (2010). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Tese de Candidatura ao Grau Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa
- Despacho n.º 1400-A/2015 publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015
- Documento de Consenso da World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão. *Wounds International*, 2016
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014
- NHS Midlands and East (2012) SSKIN Pressure Ulcer Care Bundle Prevention. 2012. Available at: <http://nhs.stopthepressure.co.uk/Path/docs/Prevention%20bundle.pdf>
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de Enfermagem em emergência. *Revista Nursing Portuguesa*, 219. Retirado de: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.U8gsJpRdWgE>
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Comunicação no Painel: Centralidade dos cuidados de enfermagem nas práticas. II Congresso Ordem dos Enfermeiros, pp 1-12. Retirado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf

APÊNDICE XIV – Cartaz elucidativo do dia mundial da prevenção das UPP

STOP às Úlceras por Pressão

Como Prevenir??



APÊNDICE XV – Norma de Procedimento Sectorial sobre Implementação do método
de registo da UPP prévia no Serviço de Urgência Geral

<i>Serviço Urgência Geral</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO SECTORIAL	
-------------------------------	--	--

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Implementação do método de registo de Úlcera por Pressão (UPP) prévia no Serviço de Urgência Geral (SUG)
FINALIDADE:	Implementar um Método de Registo de Identificação de UPP no SUG
DESTINATÁRIOS :	Todos os enfermeiros da Urgência Geral
PALAVRAS-CHAVE:	Serviço de Urgência Geral, Úlcera por Pressão, Categorização, Localização

Autor (es)		Data de elaboração	
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	

DESCRIÇÃO

As úlceras por pressão são um problema de saúde pública e um indicador de qualidade dos cuidados prestados.¹ Face ao referido importa identificar precocemente este tipo de situações no serviço de urgência geral.

Através de um método de registo rápido que incida nas UPP é possível uma continuidade de cuidados evitando o aparecimento ou agravamento de úlceras por pressão prévias.

MÉTODO DE REGISTO

- Triagem: Questionar a todos os clientes dependentes e/ou seu acompanhante sobre a existência de UPP. Se for detectada uma situação com UPP, deverá ser realizado o registo na queixa (referir a localização se a informação obtida tiver alguma clareza).

- Ambulatório e Observação Clínica:

Se a existência de UPP foi identificada na triagem, o enfermeiro do sector deverá realizar o registo correto da lesão em Alert@. Assim que observar a UPP deverá de registar de acordo com o passo de 1 a 4 desta norma e descrever o tratamento em notas de enfermagem.

Se a UPP não foi identificada no momento da triagem e a mesma foi reconhecida neste sector, o enfermeiro deverá identificar a UPP em notas de enfermagem com a localização anatómica aproximadamente. Logo que exista necessidade ou oportunidade de realizar o tratamento à UPP deverá realizar o registo correto de acordo com o passo de 1 a 4 desta norma e descrever o tratamento em notas de enfermagem.

Deverá fazer um registo para cada UPP, através da descrição dos seguintes passos de 1 a 4:

Passo 1: Abrir o processo clínico do cliente e seleccionar “Exame Clínico”

The screenshot displays a patient's clinical summary with various vital signs and medical history. A red arrow points to the 'Exame Clínico' icon in the top navigation bar.

Resumo	T temp	Pulso	FR	PA sentad	Dor	SpO2	SpO2 ar	Glucose	PA deitada	SpO2	pCO2	PO2	HCO3-	Peso	Altura	Glasgow
	°C	bat/min	ac/min	mmHg	(0-10)	%	%	mg/dL	mmHg	%	mmHg	mmHg	mEq	Kg	cm	15
Queixa	Queixa:		Cefaleia com sensação ...				Medicação		Análises							
História da doença actual	Âmbito da queixa:								Desidrogenase láctica (LDH), s							
Medicação anterior	Sinais vitais mais recentes:		Frequência cardíaca: 72 ...						Creatina quinase (CK), s							
Revisão de sistemas	História da doença actual:		Mulher, 57A, divorciada, ...						Creatina quinase, isoenzima MB (CK-MB), s							
Problemas	Revisão de sistemas:								Mioglobina, s							
Pré-hospitalar	Antecedentes cirúrgicos								Troponina T, s							
	História familiar:						Procedimentos		Imagem e outros exames							
	Doenças anteriores:								TAC Craneo Encefalico							
	História social:															
	Alergias:		Aspirina													
	Problemas:															
	Hábitos:															
	Exame físico:															
	Avaliação física:															

Passo 2: Após clicar em “Exame Físico” seleccionar na coluna à esquerda “Diagramas Corporais”.

The screenshot displays the 'Diagramas Corporais' (Body Diagrams) section. A red arrow points to the 'Diagramas corporais' icon in the left sidebar.

Diagrama 1
Corpo inteiro feminino, superfície corporal

Vista anterior Vista posterior

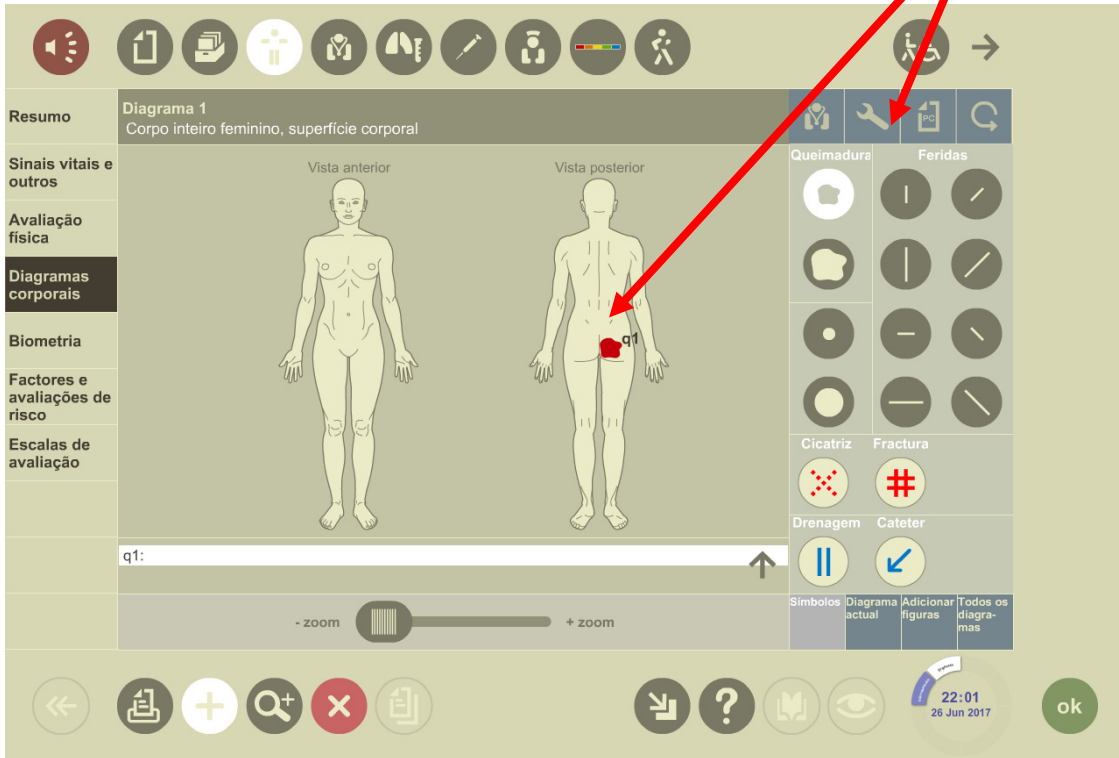
Queimadura **Feridas**

Cicatriz **Fractura**

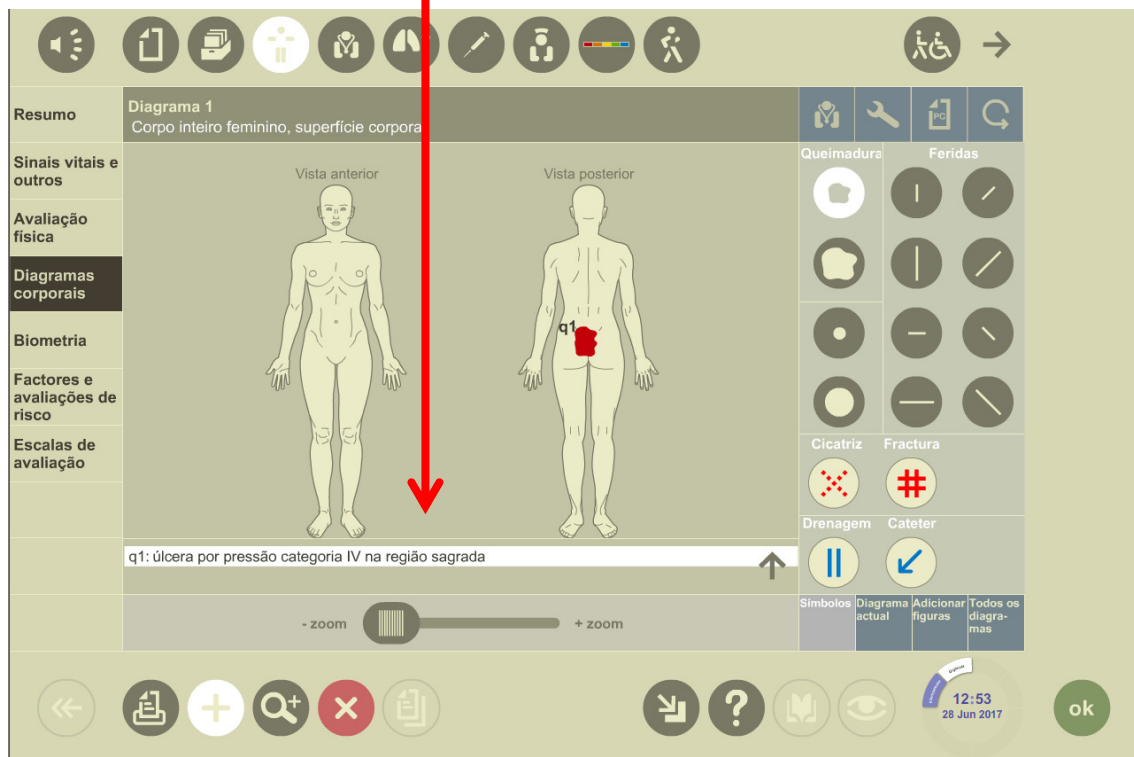
Drenagem **Cateter**

Simbolos Diagramas actual Adicionar figuras Todos os diagramas

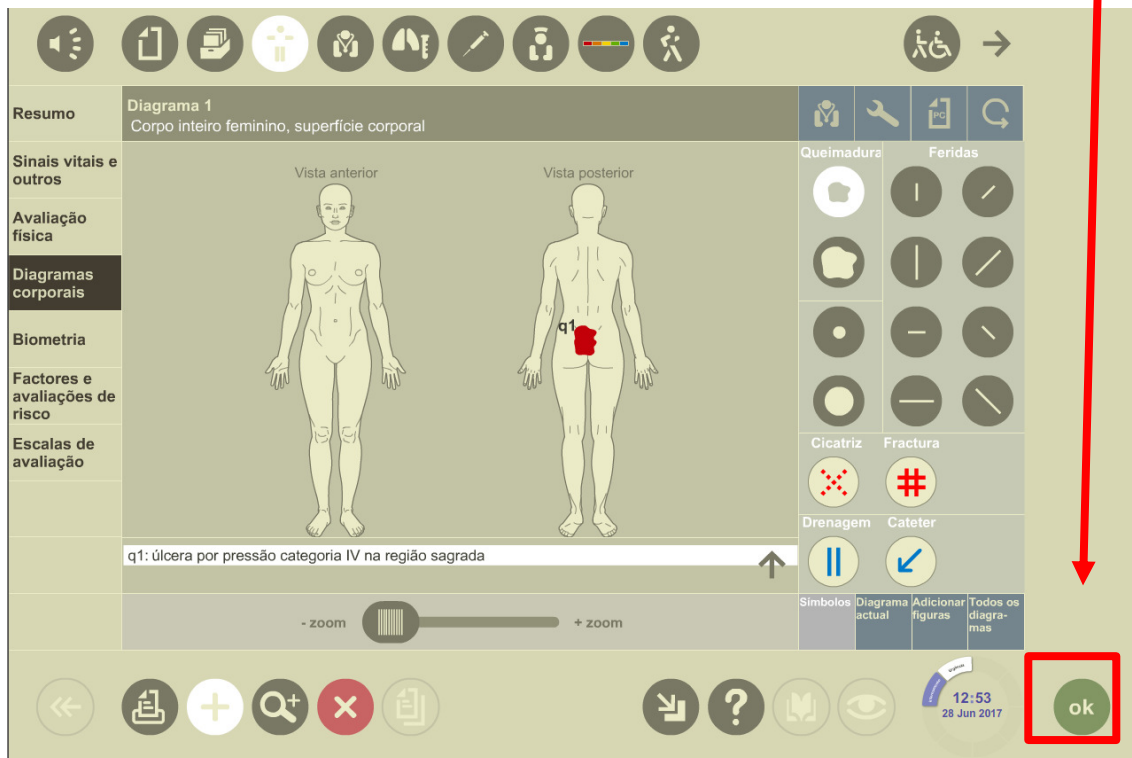
Passo 3: Na coluna da direita seleccionar um dos símbolos de “Queimadura” (uma vez que no diagrama não existe referência a UPP) e clicar na zona corporal que se encontra com UPP prévia.



Passo 4: Posteriormente identificar o grau/categoria da UPP e sua localização



Passo 5: Para que o registo fique gravado no processo do cliente finalizar clicando no “OK”.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1-Despacho n.º 1400-A/2015 publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015

APÊNDICE XVI – Plano de sessão sobre “Método de Registo da UPP no Alert®”

Plano da Sessão de Formação

Tema: “Método de Registo da UPP no Alert®”

Formadores: Raquel Marques Silva, estudante do Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Orientação Clínica: Enfermeira Mestre e Especialista em Médico-cirúrgica

População-alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral, do Hospital

Local/ Hora: Sala de Reuniões do Centro de Desenvolvimento da Criança, das 15h às 15h15.

Data: 18 de dezembro de 2017;

Duração: 15 minutos;

Objetivo geral: Capacitar os enfermeiros do SUG para o registo prévio de UPP no sistema Alert®

Etapas	Conteúdos	Método	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e da sessão; Apresentação do tema e sua importância.	Expositivo	Computador; Projetor.	1 minuto
Desenvolvimento	Definição de UPP; Classificação de UPP; Prevenção de UPP; Método de registo em Alert®;	Expositivo Interrogativo	Computador; Projetor; Opções terapêuticas (materialização).	10 minutos
Conclusão	Síntese sobre os conteúdos abordados ao longo da sessão; Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo Interrogativo	Computador; Projetor.	3 minutos
Avaliação	Aplicação de questionário de avaliação.	Expositivo	Questionário de avaliação.	1 minuto

APÊNDICE XVII – Sessão de formação “Método de Registo da UPP no Alert®”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISEIA-PORTO

Mestrado de natureza profissional com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Método de Registo de Úlceras por Pressão no Alert®

Sessão de Formação para Enfermeiros



• **Enf.ª Raquel Marques Silva**

• Sob orientação Enf.ª **Luísa Fernandes**, Mestre e Especialista em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermagem Médica e Cirúrgica - SUG

Almada, Dezembro de 2017

Úlceras por Pressão

Problema de saúde pública mundial e
um indicador de qualidade dos cuidados prestados, que
requer uma abordagem interdisciplinar.

(DGS, 2015)

Úlceras por Pressão

Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente sobre uma **proeminência óssea**, resultante de pressão ou de pressão em combinação com cisalhamento (NPUAP/ EPUAP/ PPIIA, 2014).



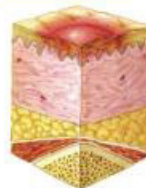
Documento de Consenso da World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão. Wounds International, 2016

Úlceras por Pressão

Classificação

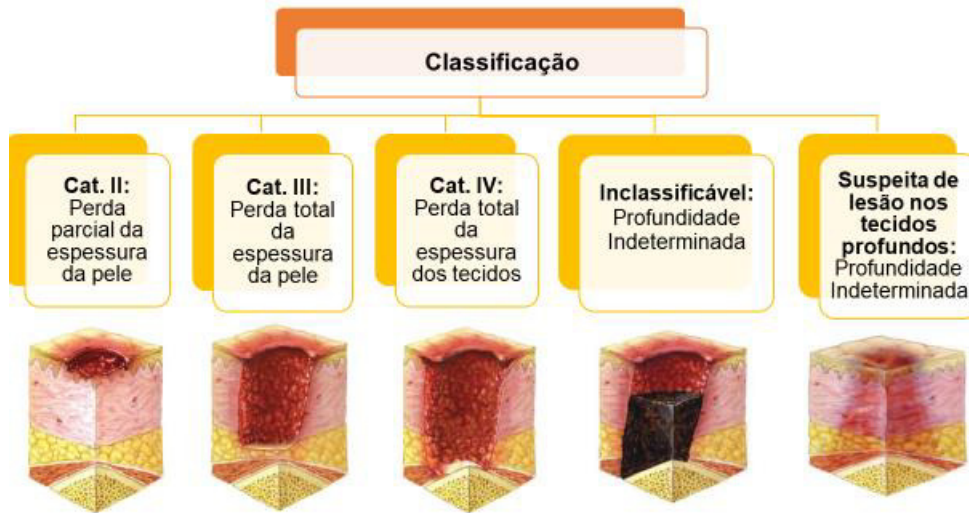
Eritema
branqueável
**NÃO É
CONSIDERADO
UPP**

Categoria I:
Eritema não
branqueável
em pele intacta



Imagens Pucias

Úlceras por Pressão



(NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014)

Prevenção das Úlceras por Pressão



NHS Midlands and East (2012) SSkin Pressure Ulcer Care Bundle Prevention. 2012. Available at: <http://nhs.stopthepressure.co.uk/Path/docs/Prevention%20bundle.pdf>

Método de Registo

Triagem:

Questionar a todos os clientes dependentes e/ou seu acompanhante sobre a existência de UPP.

Se for detetada uma situação com UPP, deverá ser realizado o registo na **queixa** (referir a localização se a informação obtida tiver alguma clareza).

Método de Registo

Ambulatório e Observação Clínica:

Se a existência de UPP foi **identificada na triagem**, o enfermeiro do sector deverá realizar o registo correto da lesão em Alert@. Assim que observar a UPP deverá de registar de acordo com o passo de 1 a 4 e descrever o tratamento em notas de enfermagem.

Método de Registo

Ambulatório e Observação Clínica:

Se a UPP **não foi identificada** no momento da triagem e a mesma foi reconhecida neste sector, o enfermeiro deverá identificar a UPP em notas de enfermagem com a localização anatómica aproximadamente. Logo que exista necessidade ou oportunidade de realizar o tratamento à UPP deverá realizar o registo correto de acordo com o passo de 1 a 4 e descrever o tratamento em notas de enfermagem.

Método de Registo

1º - Abrir o processo clínico do cliente e seleccionar "Exame Clínico"

The screenshot displays a clinical software interface with a top navigation bar containing several icons. A red arrow points to the icon representing a clinical examination (a person with a stethoscope). Below the navigation bar, the interface is divided into several sections: 'Resumo' (Summary), 'Queixa' (Complaint), 'História da doença actual' (Current disease history), 'Medicação anterior' (Previous medication), 'Revisão de sistemas' (System review), 'Problemas' (Problems), and 'Pré-hospitalar' (Pre-hospital). The 'Queixa' section shows 'Cefaleia com sensação ...'. The 'Medicação' section lists 'Desidrogenase láctica (LDH), s', 'Creatina quinase (CK), s', 'Creatina quinase, isoenzima MB (CK-MB), s', and 'Meclozina, s'. The 'Problemas' section lists 'Troponina T, s'. The 'Pré-hospitalar' section lists 'Doenças anteriores:', 'História social:', 'Alergias: Aspirina', 'Problemas:', 'Hábitos:', 'Exame físico:', and 'Avaliação física:'. The bottom of the screen features a navigation bar with various icons and a date/time display '22.06.2017 15:00'.

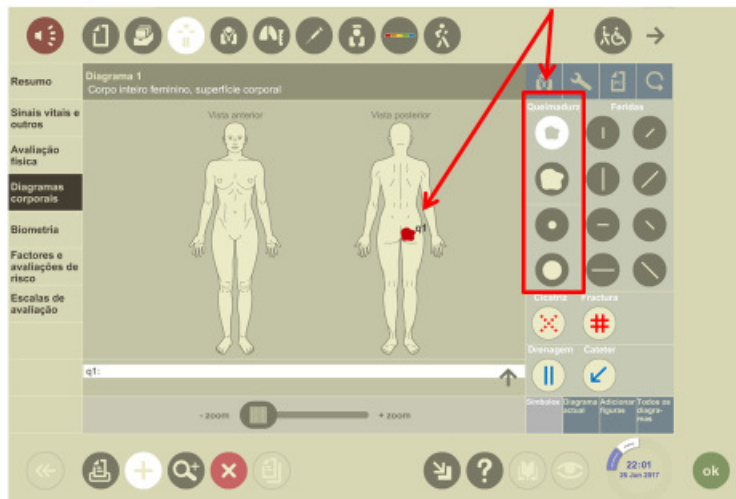
Método de Registo

2º- Após clicar em “Exame Físico” seleccionar na coluna à esquerda “Diagramas Corporais”



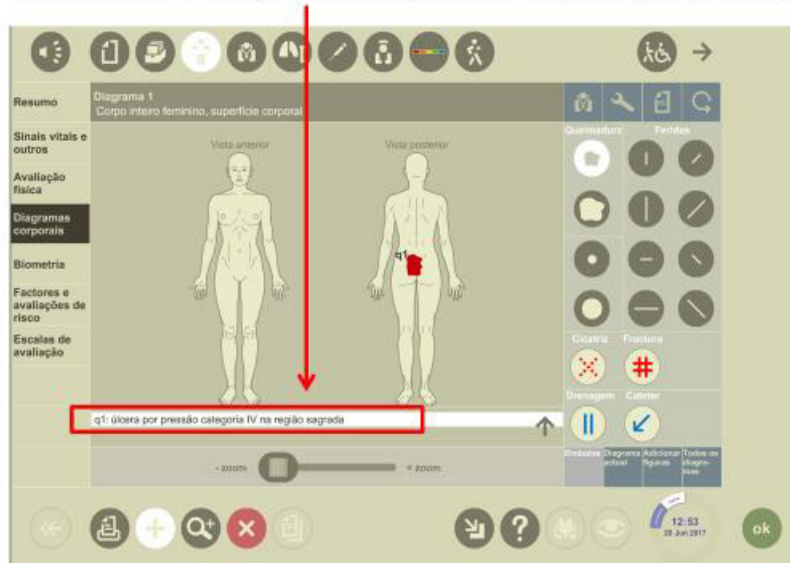
Método de Registo

3º- Na coluna da direita seleccionar um dos símbolos de “Queimadura” (não existe referência a UPP) e clicar na zona corporal que se encontra com UPP prévia.



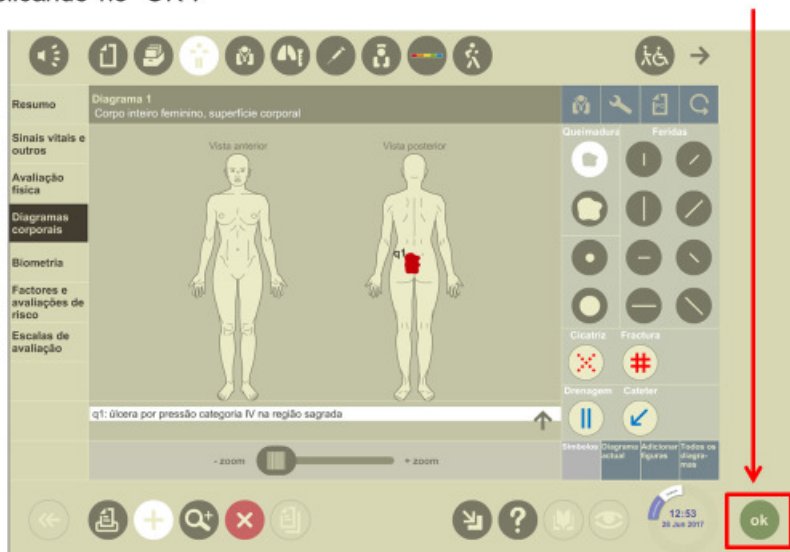
Método de Registo

4º - Posteriormente identificar o grau/categoria da UPP e sua localização.



Método de Registo

5º- Para que o registo fique gravado no processo do cliente finalizar clicando no "OK".



Bibliografia

Despacho n.º 1400-A/2015 publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015

Documento de Consenso da World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão. Wounds International, 2016

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014

NHS Midlands and East (2012) SSKIN Pressure Ulcer Care Bundle Prevention. 2012. Available at: [http://nhs.stopthepressure.co.uk/ Path/docs/Prevention%20bundle.pdf](http://nhs.stopthepressure.co.uk/Path/docs/Prevention%20bundle.pdf)



Pela vossa presença!

APÊNDICE XVIII – Questionário de avaliação da sessão de formação “Método de Registo da UPP no Alert®”

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

“Método de Registo da UPP no Alert®”

Agradeço a sua participação nesta formação. A sua opinião é de extrema importância para avaliar os conteúdos abordados, bem como a performance da formadora.

Este questionário é anónimo e tem como objetivo aferir a importância dos conteúdos abordados para a sua prática de cuidados, melhorar o meu desempenho em futuras formações e avaliar a pertinência do tema e a necessidade de mais formação nesta área.

Gostaria que classificasse as seguintes afirmações de 1 a 5, sendo que:

- 1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo totalmente.

Avaliação global da formação	
De uma forma global esta formação agradou-me.	
A forma como os conteúdos foram abordados foi a mais correta.	
Esta formação correspondeu às minhas expectativas iniciais.	
Esta formação foi importante para o meu desenvolvimento profissional.	
Os conhecimentos adquiridos podem ser utilizados diariamente durante o cuidado.	
O tempo despendido nesta formação foi suficiente.	
No geral, adquiri conhecimentos novos sobre certas opções terapêuticas na área da prevenção e tratamento de feridas.	
Os recursos/metodologia pedagógica utilizados foram os mais adequados.	
Avaliação dos conteúdos abordados	
Os conteúdos abordados foram importantes para a minha prática.	
Adquiri conhecimentos novos acerca das características de certos produtos.	
Adquiri conhecimentos novos sobre a forma de aplicação de certos produtos.	
Conheci produtos que nunca tinha utilizado.	

Avaliação do desempenho da formadora

Relativamente à formadora:

Domina a matéria abordada.	
Foi capaz de esclarecer as dúvidas dos formandos.	
Teve a capacidade de motivar os formandos.	
Aborda os assuntos de forma clara e objetiva.	
Fez uma boa gestão do tempo.	

- 1) Gostaria de participar em mais formações em Feridas e Viabilidade Tecidular? Se sim, indique quais os temas que gostava que fossem abordados.

- 2) Que aspetos considera que possam ser melhorados numa próxima formação?

- 3) Recomendaria esta formação a outros colegas?

Obrigada pela sua participação e colaboração!

Enf.^a Raquel Marques Silva

APÊNDICE XIX – Plano de sessão sobre “Abordagem inicial à queimadura”

Plano da Sessão de Formação

Tema: “Abordagem inicial à queimadura”

Formadores: Raquel Marques Silva, estudante do Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Orientação Clínica: Enfermeira Mestre e Especialista em Médico-cirúrgica

População-alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral, do Hospital

Local/ Hora: Sala de Reuniões do Centro de Desenvolvimento da Criança, das 15h15 às 16horas

Data: 18 de dezembro de 2017;

Duração: 45 minutos;

Objetivo geral: Capacitar os enfermeiros do SUG para a abordagem inicial à lesão formada por uma queimadura

Etapas	Conteúdos	Método	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e da sessão; Apresentação do tema e sua importância.	Expositivo	Computador; Projetor.	1 minuto
Desenvolvimento	Epidemiologia queimaduras; Definição de queimadura; Abordagem à vítima de queimadura; Avaliação da queimadura; Opções terapêuticas na queimadura – composição, mecanismo de ação, indicações, contraindicações, aplicação, mudança de penso, vantagens, precauções.	Expositivo Interrogativo	Computador; Projetor; Opções terapêuticas (materialização).	37 minutos
Conclusão	Síntese sobre os conteúdos abordados ao longo da sessão; Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo Interrogativo	Computador; Projetor.	5 minutos
Avaliação	Aplicação de questionário de avaliação.	Expositivo	Questionário de avaliação.	2 minutos

APÊNDICE XX – Sessão de formação “Abordagem inicial à queimadura”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Mestrado de natureza profissional com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Abordagem inicial à queimadura

Sessão de Formação para Enfermeiros

• **Enf.ª Raquel Marques Silva**

- Sob orientação _____, Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

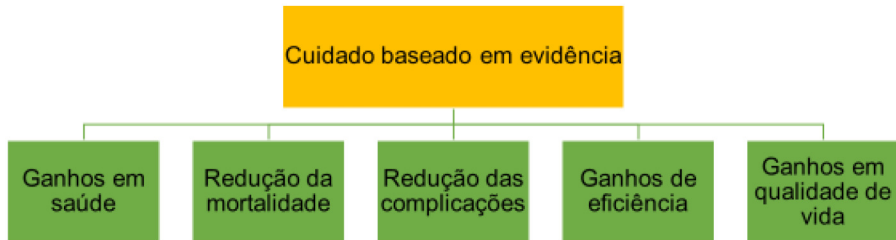
_____ – Serviço de Urgência
Geral

_____, Dezembro de 2017

Sumário

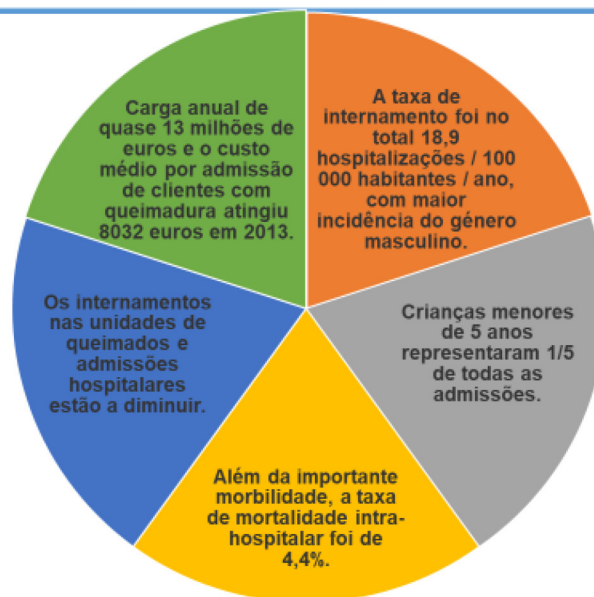
- Introdução;
- Epidemiologia;
- Definição;
- Abordagem à vítima de queimadura;
- Avaliação da queimadura;
- Opções terapêuticas;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas.

Introdução



DGS (2017)

Epidemiologia em Portugal



Burns: Journal Of The International Society For Burn Injuries [Burns] 2016 Jun; Vol. 42 (4), pp. 891-900. *Date of Electronic Publication:* 2016 Apr 29.

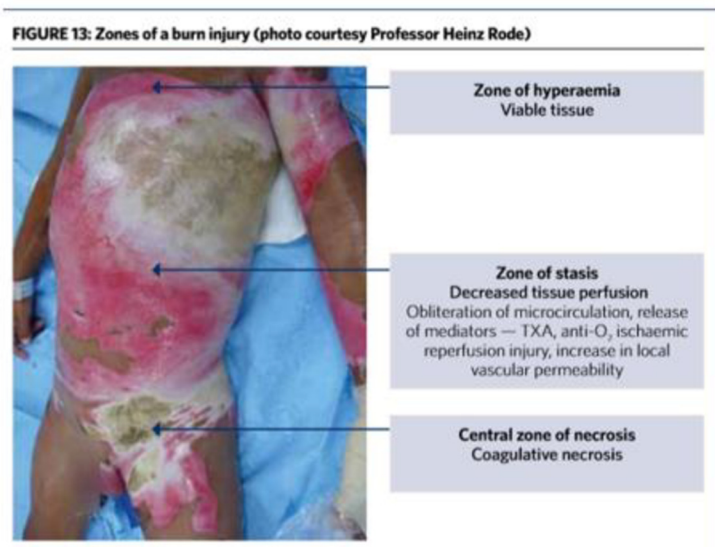
Queimadura

Consiste na destruição mais ou menos extensa e profunda do órgão - pele - sob ação de um agente térmico, químico ou elétrico.

Politraumatizado, com necessidade de cuidados multidisciplinares, uma vez que as consequências das queimaduras vão muito além da destruição parcial ou total da espessura da pele.

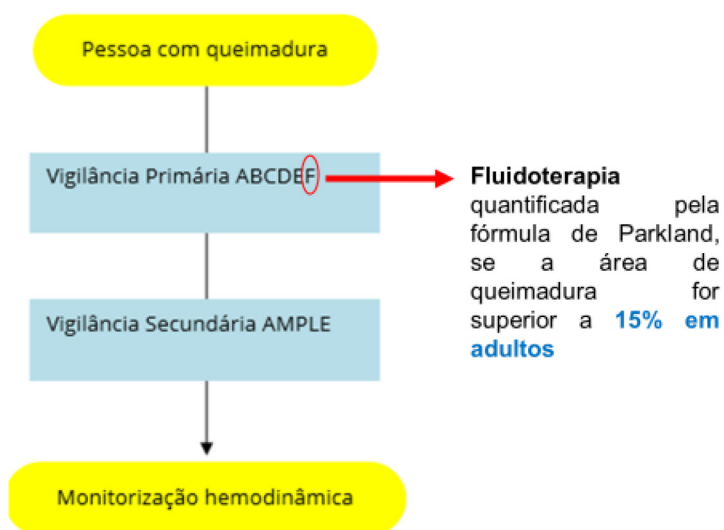
DGS (2017)

Queimadura



International Best Practice Guidelines: Effective skin and wound management of non-complex burns. Wounds International, 2014

Abordagem à vítima de Queimadura



DGS (2017)

Critérios de avaliação

- 1- Etiologia (térmica, química ou elétrica);
- 2- Profundidade;
- 3- Extensão (superfície corporal queimada);
- 4- Localização;
- 5- Idade e peso;
- 6- Co morbilidade da vítima;
- 7- Estado da vacinação antitetânica (sem certezas, fazer).

DGS (2017)

1- Etiologia da Queimadura

Térmica (contacto, fogo e radiação);

Química (ácidos e alcalinos);

Elétrica (corrente elétrica).

DGS (2017)

1- Profundidade da Queimadura

ANTIGA	RECENTE	ATUAL
1º Grau	Epidérmica	Epidérmica
2º Grau	2º grau superficial	Superficial parcial
	2º grau profundo	Profundo parcial
3º Grau	Subdérmica	Profundo completo
		Profundo completo +

DGS (2017) Adaptado de American Burns Association

2- Profundidade da Queimadura

Queimadura epidérmica - eritema da pele (ex: queimadura solar). Não deve ser considerada no cálculo da superfície corporal queimada para efeitos de reposição hídrica;



Queimadura superficial de espessura parcial
– envolve a epiderme e parte da derme papilar;



Queimadura profunda de espessura parcial
– envolve epiderme, toda a camada papilar da derme até à derme reticular;



DGS (2017)

2- Profundidade da Queimadura

Queimadura profunda completa –
envolve toda a espessura da pele;



Queimadura profunda “completa +” - envolve, além de toda a espessura da pele, tecidos subjacentes, como músculos e/ou ossos.



DGS (2017)

3- Extensão corporal

Tabela 2 - Tabela de Lund e Browder^{7,9,25,42}

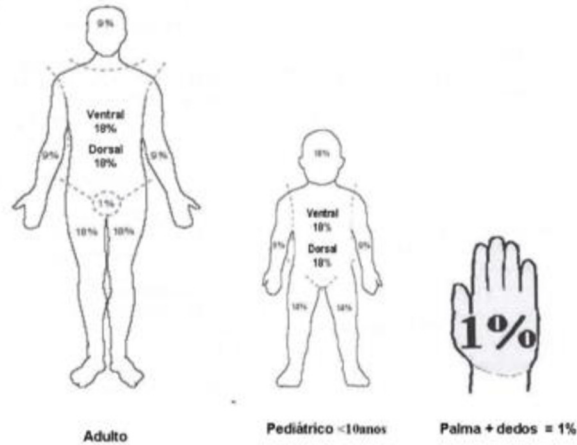
REGIÃO ANATÔMICA	IDADE (ANOS) e percentagem corporal (%) a considerar					
	0 anos	1 ano	5 anos	10 anos	15 anos	> 15 anos
Cabeça	19	17	13	11	9	7
Pescoço	2	2	2	2	2	2
Tronco Anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13	13
Nádegas	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitais	1	1	1	1	1	1
Braço	4	4	4	4	4	4
Antebraço	3	3	3	3	3	3
Mão	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Coxa	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5
Perna	5	5	5,5	6	6,5	7
Pé	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

Fonte: Lund CC, Browder NC, 1994.

DGS (2017)

3- Extensão corporal

Figura 1 - "Regra dos nove"^{7,41,42}



DGS (2017)

3- Extensão corporal

Os locais de queimadura, por si só, também nos dão a indicação da percentagem de área queimada:

- 1) Cabeça e região cervical = 9%;
- 2) Tronco = 36%;
- 3) Membro superior = 9%;
- 4) Membro inferior = 18%;
- 5) Períneo = 1%.

DGS (2017)

Critérios de internamento numa unidade de queimados

Referenciar para centro de tratamento de queimados:

- a) Idade <5 anos e > 65 anos;
- b) Queimaduras em mais de 10% da superfície corporal;
- c) Queimaduras superficiais de espessura parcial (antigo 2º grau) >5% em lactentes*;
- d) Queimaduras profundas de espessura parcial (antigo 3º grau) em mais de 2% da superfície corporal;
- e) Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés;
- f) Queimaduras circulares do tórax e/ou membros;
- g) Queimaduras 3º grau em qualquer grupo etário;
- h) Queimaduras elétricas;
- i) Queimaduras químicas;
- j) Carboxihemoglobina > 10%;

DGS (2017)

CrITÉrios de internamento numa unidade de queimados

Referenciar para centro de tratamento de queimados:

- k) Queimaduras com lesões associadas;
- l) Inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas;
- m) Traumatismo crânio-encefálico;
- n) Traumatismo músculo-esquelético;
- o) Queimaduras com doenças associadas: Diabetes mellitus; Doença hepática; Doença renal; Doença cardíaca; Doença psiquiátrica e/ou neurológica; Neoplasias e situações de imunodepressão.
- p) Suspeita de lesão por maus tratos;
- q) Necrose epidermólise tóxica (síndrome de Lyell);
- r) As queimaduras sem cicatrização entre o 10^o-14^o dia;
- s) As pessoas com cicatrizes, de alguns meses, após uma queimadura;
- t) Queimaduras em pessoas que requerem intervenção social, emocional ou de reabilitação.

DGS (2017)

CrITÉrios de internamento numa unidade de queimados

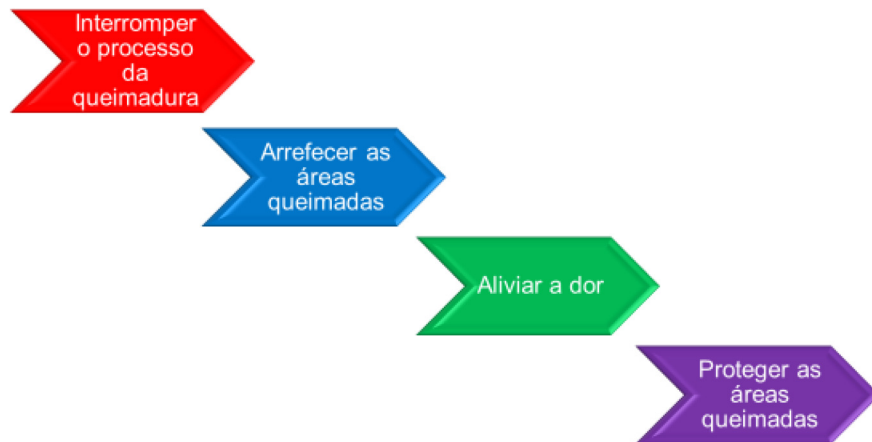
Procedimentos que devem ser registados:

- a) Vigilância primária e secundária;
- b) Acesso venoso (sempre que possível);
- c) Intubação nasogástrica (necessária em todos as pessoas transportados por via aérea);
- d) Restrição da via oral;
- e) Informação médica;
- f) Contacto prévio com centro de tratamento de queimados.

Deve ser avaliada a gravidade da queimadura com registo no processo clínico da causa e local, extensão e profundidade.

DGS (2017)

Abordagem imediata



European Burns Association (2015)

Interromper o processo da queimadura

Deve ser removido o vestuário não aderente, adereços e adornos mas não deve ser removido quando apresenta vestígios de alcatrão;

Roupa de nylon não deve ser removida.

European Burns Association (2015)

Arrefecer as áreas queimadas

Irrigação com água ou SF a 12-18°C até 20 minutos de uma forma segmentada.

Não colocar água GELADA ou GELO, acentua a extensão da queimadura por vasoconstrição.

Na queimadura química por cal viva, a primeira atitude deve ser a de remover, **sem água**, o produto químico.

European Burns Association (2015)

Arrefecer as áreas queimadas

A pessoa deve ser mantida quente, com temperatura > 35°C e seca. Arrefecer a queimadura mas não a pessoa.

Se tiver havido um atraso no início do arrefecimento, este ainda deve ser iniciado até **três horas após a queimadura.**

Cremes tópicos ou qualquer outro apósito não devem ser aplicados dado que podem interferir com a avaliação posterior.



European Burns Association (2015)

Aliviar a dor

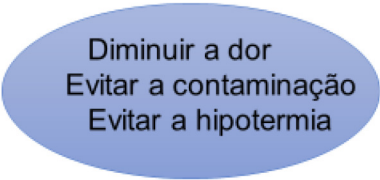
Medicação + arrefecimento do segmento + cobertura.

Adultos: morfina 2 mg via endovenosa, repetindo se necessário cada 5 minutos até dose máxima de 0,2 mg/kg;

Em alternativa, podem ser prescritos paracetamol e/anti-inflamatórios não esteroides.

European Burns Association (2015) e DGS (2017)

Proteger as áreas queimadas



Diminuir a dor
Evitar a contaminação
Evitar a hipotermia

Não remover flictenas no ambiente não controlado.

European Burns Association (2015)

Proteger as áreas queimadas

Após o arrefecimento, devem ser cobertas as queimaduras com um **lençol limpo ou esterilizado, filme não aderente, compressas húmidas esterilizadas, ou uma manta isotérmica** que pode ser utilizada como cobertura temporária antes da avaliação.



Figure 14: Cling film for dressing burn wounds. Lay on wound to prevent external contamination. Allows inspection of wound, is non-adherent, conformable and essentially sterile. Photo courtesy Professor Heinz Rode

International Best
Practice Guidelines:
Effective skin and wound
management of non-
complex burns. Wounds
International, 2014

Opções Terapêuticas – objetivos

Cicatrização rápida com ótimo resultado funcional e estético;

Prevenção da infecção ou formação de biofilmes;

Cicatrização acelerada com o máximo conforto cliente.

Opções Terapêuticas – Penso Ideal

A escolha do apósito para a queimadura depende:

- ✓ Causa
- ✓ Tamanho
- ✓ Profundidade
- ✓ Localização
- ✓ Exsudado
- ✓ Nível de contaminação
- ✓ Custos

Não existe evidência científica para apoiar a escolha de um apósito em relação ao outro.

European Burns Association (2015)

Opções Terapêuticas – Penso Ideal

CrITÉRIOS PRIMÁRIOS

- proporcionar um meio húmido;
- remover o excesso de exsudado;
- permitir as trocas gasosas;
- manter a temperatura ideal;
- ser impermeável às bactérias;
- estar livre de partículas/contaminantes tóxicos;
- permitir remoção sem trauma.

Turner (1987)

Opções Terapêuticas – Penso Ideal

Há evidência que os pensos de espuma têm vantagens na satisfação dos clientes, redução da dor e tempo de cicatrização → queimaduras pequenas.

Os produtos tópicos - devem ter efeito antimicrobiano sem risco de resistência ou reações alérgicas. Não devem desidratar a ferida e devem absorver o exsudado (manter o equilíbrio da humidade sem maceração da pele circundante).

Penso com técnica asséptica

Compressa não aderente (não fazer circulares) + compressa embebida em SF0,9% (12-18°C) + compressas + ligadura não apertar.

European Burns Association (2015)

Opções terapêuticas – infecção e inflamação



Imagem Google

Sulfadiazina de prata

Composição

10 mg de sulfadiazina de prata.
Os outros componentes: álcool cetostearílico, vaselina branca, miristato de isopropilo, propilenoglicol, estearato de polioxil 40, oleato de sorbitano, metilparabeno e água purificada.

Mecanismo de ação

Altera a conformação da membrana bacteriana e o mecanismo de divisão celular.

Indicações

Antibacteriano tópico, preventivo e curativo das infecções em todo o tipo de feridas e úlceras, especialmente em queimaduras.

Mudança de penso

Diário

Vantagens

Permite desbridamento autolítico
Fácil aplicação

Precauções

Necessita de troca diária, o que se torna mais doloroso para o cliente e idealmente 12/12h
Não usar em conjunto com a colagenase
Evitar nas gestantes de termo
Se existir uma grande absorção sistêmica da sulfadiazina, não se pode excluir a possibilidade de existência de insuficiência renal e lesão hepática.

(Cigarro & Menotta, 2015)

Opções terapêuticas – infecção e inflamação



Imagem Google

Sulfadiazina de prata + nitrato de cério

Composição

Sulfadiazina de prata micronizada.
Nitrato de cério hexahidratado
Excipientes (álcool cetosteárilico, estearil éter, álcool oleílico etoxilado, metilparabeno, propilparabeno, vaselina, propilenoglicol e água deionizada).

Mecanismo de ação

Altera a conformação da membrana bacteriana e o mecanismo de divisão celular e imunomodulador.

Indicações

Antibacteriano tópico, preventivo e curativo das infecções em todo o tipo de feridas e úlceras, especialmente em queimaduras. Cério tem um ação moduladora da resposta imunológica, prevenindo uma "queda" da imunidade.

Mudança de penso

Diário

Vantagens

Permite desbridamento autolítico
Fácil aplicação

Precauções

Não usar em conjunto com a collagenase
Necessita de troca diária, o que se torna mais doloroso para o cliente
Evitar nas gestantes de termo
Se existir uma grande absorção sistêmica da sulfadiazina, não se pode excluir a possibilidade de existência de insuficiência renal e lesão hepática.

(Cigarro & Menotta, 2015)

Opções Terapêuticas – Penso Ideal

Flictenas - desbridar?! Apoiar a decisão no risco de infecção, cura, resultado funcional e estético, conforto do cliente, acesso ao material de pensos, eficiência de custos e na experiência clínica.

Há evidência científica que a dor contribui para o stress psicológico sendo um fator chave no atraso da cicatrização.

A temperatura dos tecidos não deve baixar os 33°C → adaptar o tempo e frequência do penso.

European Burns Association (2015)

Opções Terapêuticas – Penso Ideal

Abordagem terá que ter em conta a preparação do leito da ferida (TIME).

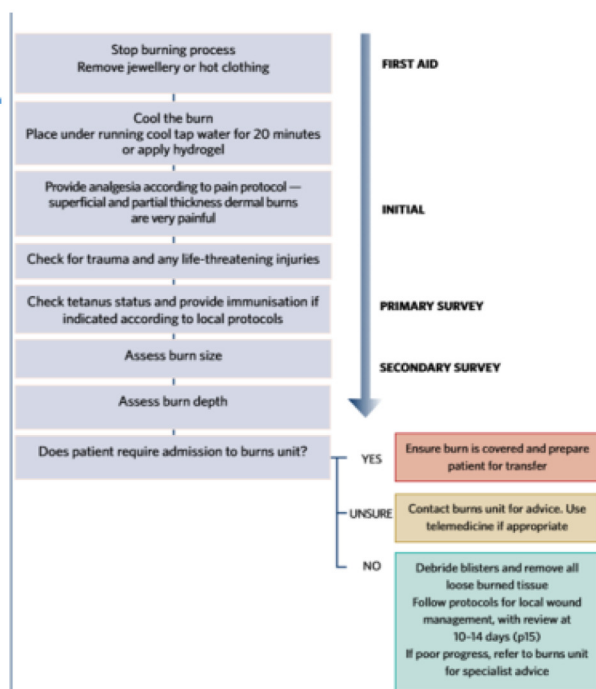
Desbridamento através da limpeza com água da torneira (filtrada), solução salina ou água estéril em combinação com desbridamento mecânico → redução de carga bacteriana e estimulação da formação de tecido de granulação.

Uso de desinfetantes podem induzir reações alérgicas e / ou irritação → atrasar a cicatrização. Além disso, têm uma ação reduzida devido as proteínas presentes no leito da ferida.

O uso de antibióticos sistêmicos profiláticos não é suportado pela evidência científica.

Suma

European Burns Association (2015)



Referências Bibliográficas

Elias, C., Gouveia, J., Martins, O. & Miguéns, C. (2009). *Material de Penso com Acção Terapêutica. Penso – acto e pensar uma ferida*. Tipografia Lousanense.

Mencio, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: LUSODIDATA.

International Best Practice Guidelines: Effective skin and wound management of non- complex burns. Wounds International, 2014

Burns: Journal Of The International Society For Burn Injuries [**Burns**] 2016 Jun; Vol. 42 (4), pp. 891-900. *Date of Electronic Publication*: 2016 Apr 29.

Wounds International Vol 5 | Issue 1 | ©Wounds International 2014 | www.woundsinternational.com

European Burns Association Guidelines - Version 3 2015.docx

DGS. Norma nº 022/2012 de 26/12/2012 atualizada a 13/07/2017. Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto

DGS. Norma nº 023/2012 de 26/12/2012 atualizada a 13/07/2017. Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto

Sites:

American Burn Association www.ameriburn.org

Australian New Zealand Burn Association www.anzba.org.au

British Burn Association www.britishburnassociation.org/

European Burns Association euroburn.org

Euro-Mediterranean Council for Burns www.medbc.com International Society for Burn Injuries www.worldburn.org

APÊNDICE XXI – Questionário de avaliação da sessão de formação “Abordagem inicial à queimadura

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

“Abordagem inicial à queimadura”

Agradeço a sua participação nesta formação. A sua opinião é de extrema importância para avaliar os conteúdos abordados, bem como a performance da formadora.

Este questionário é anónimo e tem como objetivo aferir a importância dos conteúdos abordados para a sua prática de cuidados, melhorar o meu desempenho em futuras formações e avaliar a pertinência do tema e a necessidade de mais formação nesta área.

Gostaria que classificasse as seguintes afirmações de 1 a 5, sendo que:

- 1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo totalmente.

Avaliação global da formação	
De uma forma global esta formação agradou-me.	
A forma como os conteúdos foram abordados foi a mais correta.	
Esta formação correspondeu às minhas expectativas iniciais.	
Esta formação foi importante para o meu desenvolvimento profissional.	
Os conhecimentos adquiridos podem ser utilizados diariamente durante o cuidado.	
O tempo despendido nesta formação foi suficiente.	
No geral, adquiri conhecimentos novos sobre certas opções terapêuticas na área da prevenção e tratamento de feridas.	
Os recursos/metodologia pedagógica utilizados foram os mais adequados.	
Avaliação dos conteúdos abordados	
Os conteúdos abordados foram importantes para a minha prática.	
Adquiri conhecimentos novos acerca das características de certos produtos.	
Adquiri conhecimentos novos sobre a forma de aplicação de certos produtos.	
Conheci produtos que nunca tinha utilizado.	

Avaliação do desempenho da formadora

Relativamente à formadora:

Domina a matéria abordada.	
Foi capaz de esclarecer as dúvidas dos formandos.	
Teve a capacidade de motivar os formandos.	
Aborda os assuntos de forma clara e objetiva.	
Fez uma boa gestão do tempo.	

- 1) Gostaria de participar em mais formações em Feridas e Viabilidade Tecedular? Se sim, indique quais os temas que gostava que fossem abordados.

- 2) Que aspetos considera que possam ser melhorados numa próxima formação?

- 3) Recomendaria esta formação a outros colegas?

Obrigada pela sua participação e colaboração!

Enf.^a Raquel Marques Silva