



Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica:  
Pessoa em Situação Crítica

**Relatório de Estágio: Prevenção de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Uma Prática Especializada**

**Pressure Ulcer Prevention on Critical Patient: a specialized practice**

Por  
Ana João Barbosa

Lisboa, 2024



Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica:  
Pessoa em Situação Crítica

**Relatório de Estágio: Prevenção de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: uma prática especializada**

**Pressure Ulcer Prevention on Critical Patient: a specialized practice**

Por

Ana João Barbosa

Sob a orientação da Prof. Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, 2024

*“Be a free thinker and don’t accept everything you hear as truth.  
Be critical and evaluate what you believe in.”  
Aristotle*

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, pela dedicação, disponibilidade, orientação e incentivo ao longo deste percurso.

Ao enfermeiro Pedro Correia, pela orientação, disponibilidade, partilha de conhecimentos e por me ter feito perceber o gosto que tenho pelo serviço de urgência, que era para mim desconhecido.

À enfermeira Sónia Gameiro, pela disponibilidade, orientação, partilha de conhecimentos e compreensão nos momentos de maior dificuldade.

A todos os profissionais das equipas multidisciplinares com quem me cruzei ao longo deste percurso, pela forma como me acolheram e pelo contributo que deram ao meu processo de aprendizagem.

À minha equipa, pelo apoio e compreensão.

Ao Rui, pelo apoio incondicional, paciência, amor e compreensão nos períodos mais difíceis deste percurso.

À Freya, pela companhia nas noites longas.

Obrigada!

## RESUMO

Apesar da grande evolução, ao longo dos anos, na área das feridas, nomeadamente na da prevenção das úlceras por pressão, estas continuam a representar um grande desafio para os profissionais de saúde e são uma das principais causas responsáveis pela diminuição da qualidade de vida dos nossos doentes e, por vezes, o sinónimo de complicações no seu *outcome*, aumentando o tempo de internamento e também os custos associados, principalmente aos doentes em situação crítica. A pessoa em situação crítica pode tornar-se mais suscetível ao desenvolvimento de úlceras por pressão devido à gravidade do seu quadro clínico e a determinados fatores de risco específicos desta população, razão pela qual os enfermeiros devem estar sensibilizados para a existência dos mesmos de modo a poder atuar preventivamente.

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica. Pretende-se demonstrar o percurso realizado para aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e também as competências desenvolvidas para a atribuição do grau de mestre em enfermagem.

Este relatório integra duas componentes distintas. A primeira, referente à investigação realizada, uma *Scoping Review*, onde mapeei a evidência científica disponível sobre as vantagens e desvantagens entre a Escala de *Cubbin-Jackson* e a Escala de *Braden* na avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão na pessoa em situação crítica, desenvolvendo assim a competência atribuída ao detentor do grau de mestre. A segunda componente tem como objetivo explicar o percurso realizado ao longo do estágio, através da descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas com vista à aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista à Pessoa em Situação Crítica e sua Família, em dois contextos distintos: Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

**Palavras-Chave:** pessoa em situação crítica; úlcera por pressão; cuidados especializados; *cubbin-jackson*; *braden*

## **ABSTRACT**

Despite the great evolution, over the years, in the area of wounds, particularly in the area of pressure ulcer prevention, these continue to represent a major challenge for healthcare professionals and are one of the main reasons responsible for the decrease in the quality of life of our patients and sometimes the synonym of complications in their outcome, increasing the length of hospital stay and also the associated costs, especially for patients in critical condition. A person in a critical situation may become more susceptible to the development of pressure ulcers due to the severity of his/her clinical condition and certain risk factors specific to this population, which is why nurses must be aware of their existence to be able to act preventively.

This document appears within the scope of the curricular unit Final Internship and Report of the Master's Course in Medical-Surgical Nursing – Person in Critical Situation. The aim is to demonstrate the path taken to acquire and develop specialist nurse skills and the skills developed for the award of a master's degree in nursing.

This report integrates two distinct components. The first, referring to the investigation carried out, a Scoping Review, where I mapped the available scientific evidence on the advantages and disadvantages between the Cubbin-Jackson Scale and the Braden Scale in assessing the risk of pressure ulcers development in people in critical situations, thus developing the competence attributed to the holder of the master's degree. The second component aims to explain the path taken throughout the internship, through the description and critical and reflective analysis of the activities developed with a view to acquiring and developing specialist nurse skills for critical patients and their family, in two different contexts: Emergency Department and Intensive Care Unit.

**Keywords:** critical patient; pressure ulcer; specialized care; cubbin-jackson; braden

## **LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ADR** – Área Dedicada a Doentes Respiratórios

**APA** – *American Psychological Association*

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**EEMI** – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

**EMC** – Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EWMA** – *European Wound Management Association*

**FiO<sub>2</sub>** - Fração de Inspiração de Oxigénio

**GAF** – Gabinete de Apoio à Família

**IACS** – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

**PBCI** – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

**PPCIRA** – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SO** – Serviço de Observação

**SPICI** – Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

**SU** – Serviço de Urgência

**TSR** – Técnica de Substituição Renal

**UC** – Unidade Curricular

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UPPs** – Úlceras por pressão

**VDC** – Vigilância e Decisão Clínica

**VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

**VNI** – Ventilação Não Invasiva

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	10
1. ESCALA DE <i>CUBBIN-JACKSON</i> VS ESCALA DE <i>BRADEN</i> PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: <i>SCOPING REVIEW</i> .....	13
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM: ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA . 25	
2.1 DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	25
2.2 DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS NO DECURSO DO PERCURSO FORMATIVO.....	27
2.2.1 Serviço de Urgência .....	28
2.2.2 Unidade de Cuidados Intensivos .....	35
3. CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
APÊNDICES	

**Apêndice I** - E-poster com o título “*Polydimethylsiloxane effectiveness on incontinence-associated dermatitis prevention: A systematic literature review*” apresentado na 29ª Conferência da *EWMA*, na Suécia

**Apêndice II** - Projeto de melhoria contínua “Programa de Formação em Feridas baseado no Formulário de Monitorização de Feridas do serviço”

**Apêndice III** - Poster apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

**Apêndice IV** - Poster para o Serviço de Urgência: “Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à Ventilação Não Invasiva (VNI)”

**Apêndice V** - “Escala de *Cubbin-Jackson* VS Escala de *Braden* na Avaliação do Risco de Desenvolvimento de UPPs na Pessoa em Situação Crítica: *Scoping Review*”

## ANEXOS

**ANEXO I** - Certificado de apresentação do e-poster “*Polydimethylsiloxane effectiveness on incontinence-associated dermatitis prevention: A systematic literature review*” apresentado na 29ª Conferência da *EWMA*, na Suécia

**ANEXO II** - Certificado do prémio da Bolsa Fundação URGO 2022 – Bolsa Iniciativa

**ANEXO III** - Certificado de palestrante convidada – aula de Investigação do Curso de Especialização em Viabilidade Tecidual e Cuidados à Pessoa com Ferida da Escola Superior de Saúde de uma Universidade do Norte do país

**ANEXO IV** - Certificado de apresentação do Poster “Escala de *Cubbin-Jackson* vs Escala de *Braden* para Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: *Scoping Review*” no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

**ANEXO V** - Certificado de membro da comissão organizadora do VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma do processo de seleção dos estudos adaptado de PRISMA-ScR...	16
<b>Figura 2</b> - Escala Original <i>Cubbin &amp; Jackson</i> .....	44
<b>Figura 3</b> - Escala Revista <i>Jackson/Cubbin</i> .....	45
<b>Figura 4</b> - Escala Revista e Traduzida <i>Cubbin &amp; Jackson</i> .....	46

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados.....	15
<b>Tabela 2</b> - Características dos estudos que integram a amostra.....	17
<b>Tabela 3</b> - Vantagens e Desvantagens das escalas de <i>Cubbin-Jackson</i> e de <i>Braden</i> .....	19

## INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, tendo como objetivo explicar o percurso realizado ao longo do estágio, através da descrição, análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas com vista à aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica (EMC).

Deste modo, o enfermeiro, para ser mestre, desenvolve competências com a finalidade de demonstrar possuir conhecimentos e capacidade de compreensão de modo a conseguir aplicá-los, bem como capacidade de resolução de problemas em diversas situações, relacionadas com a sua área de estudo. Necessita também de mostrar que consegue integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, emitir juízos e ser capaz de comunicar as suas conclusões e raciocínios a eles subjacentes, de forma clara (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019a), o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744).

A minha experiência profissional, de 6 anos, foi maioritariamente desenvolvida num internamento de Medicina Interna onde, com alguma frequência, lidamos com a rápida deterioração do estado clínico do doente, passando a ter de prestar cuidados à pessoa em situação crítica. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362). Por esse motivo, senti a necessidade de adquirir e desenvolver novas competências dirigidas a esta tipologia de doentes, para que possa prestar cuidados diferenciados, especializados e de excelência.

A motivação para esta procura de novo conhecimento está descrita no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 109º, que refere que ao longo da prática de enfermagem

procuramos “(...) a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.86).

A enfermagem deve ter um papel especializado no cuidado à pessoa em situação crítica em várias áreas, sendo uma delas a do autocuidado, uma vez que devido à condição clínica existente, normalmente este se encontra comprometido e com necessidade de ser assegurado pelos profissionais de saúde (Morais, 2015). No caso da pessoa em situação crítica há, muitas vezes, uma imobilidade que lhe é imposta pela instabilidade hemodinâmica, o que por si só já aumenta o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UPPs), não esquecendo outros fatores de risco específicos desta tipologia de doentes, entre eles a necessidade de utilização de terapêutica vasopressora, as necessidades de oxigénio, entre outros (Morais, 2015).

Neste contexto, a teoria de enfermagem adotada como guia orientador para este percurso foi a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem uma vez que segundo Orem et al. (2001) é o elemento essencial da Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado. De acordo com Petronilho (2012), esta teoria exprime e desenvolve a razão pela qual, neste caso, a pessoa em situação crítica necessita de cuidados de enfermagem, tendo por base limitações que comprometam a capacidade de realizar ações no autocuidado, devido à situação de doença crítica que está a viver. Principalmente numa fase inicial, a pessoa encontra-se totalmente dependente, originando momentos em que as suas capacidades para a realização do autocuidado são inferiores às necessidades que apresenta. Orem identificou cinco métodos de atuação que são: agir ou fazer por outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e ensinar (George, 2000).

Face ao interesse pelos cuidados à Pessoa em Situação Crítica e o gosto pela área da Viabilidade Tecedular, realizei uma *scoping review* na área da prevenção de UPPs na pessoa em situação crítica uma vez, que como descrito por Haesler (2019), as taxas de UPPs nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são relatadas como as mais elevadas dentro de um hospital e é necessário intervir no sentido da prevenção. A incidência de UPPs é um indicador da qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2022a).

Este trabalho foi realizado seguindo uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva e é constituído por 3 capítulos. O primeiro é referente à revisão da literatura intitulado “Escala de *Cubbin-Jackson* VS Escala de *Braden* para Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: *Scoping Review*”; o segundo capítulo integra a descrição e análise crítica e reflexiva do percurso de aquisição e

desenvolvimento de competências especializadas; o último apresenta a conclusão. No final estão adicionados os apêndices e anexos.

Ao longo do desenvolvimento deste relatório foi utilizada a norma de referências bibliográficas e citações da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição (APA, 2020).

# 1. ESCALA DE *CUBBIN-JACKSON* VS ESCALA DE *BRADEN* PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: *SCOPING REVIEW*

## INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços significativos alcançados no cuidado à pessoa com ferida, e em particular no âmbito da prevenção de UPPs, estas lesões cutâneas continuam a representar um desafio complexo para os profissionais de saúde. As UPPs são um dos fatores críticos que comprometem a qualidade de vida dos doentes/famílias, frequentemente levando a prolongamentos no tempo de internamento e incrementando os custos de cuidados de saúde, especialmente na pessoa em situação crítica. A literatura científica identifica a gravidade do estado clínico, imobilidade prolongada, e insuficiência nutricional, entre outros fatores, como elementos que aumentam a suscetibilidade ao desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica (Morais, 2015). Além disso, a incidência de UPPs é um indicador relevante da qualidade e eficácia dos cuidados prestados, sendo essencial a implementação de estratégias baseadas em evidências para a sua prevenção e tratamento. Investigações recentes sugerem que a adoção de tecnologias inovadoras na monitorização da pressão cutânea e a educação contínua dos profissionais de saúde são fundamentais para mitigar os riscos associados às UPPs (Gefen et al., 2020). O desenvolvimento de UPPs nesta população é multifatorial, motivo pelo qual os enfermeiros devem ter em conta esses fatores quando planeiam e executam as suas intervenções (Morais, 2015).

A escala de *Braden* é a escala mais utilizada para avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica (Wei et al., 2020), no entanto, não é consensual a sua utilização para esta tipologia de doentes (Lima-Serrano et al., 2018; Picoito et al., 2023) nem tem em consideração determinados fatores de risco específicos, tais como, estado hemodinâmico, de consciência, os antecedentes pessoais, a respiração, entre outros (De Souza et al., 2023; Picoito et al., 2023).

Desde 2013 que a escala revista de *Cubbin-Jackson* se encontra traduzida, adaptada e validada para a nossa população (Monteiro, 2020).

Esta contempla fatores de risco específicos, no entanto, para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica continua a ser utilizada a Escala de *Braden* que é uma escala generalista.

Por este motivo, optámos por desenvolver esta *scoping review*, onde pretendemos mapear a evidência disponível sobre a eficácia e aplicabilidade das escalas de *Cubbin-Jackson* e *Braden* para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica. Esta investigação tem o potencial de impactar positivamente a prática clínica, promovendo uma escolha mais informada e adequada das escalas de avaliação de risco, alinhada às necessidades específicas da pessoa em situação crítica e às orientações clínicas na prevenção de UPPs.

## **METODOLOGIA**

A realização desta *scoping review* tem por base as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2020) e tem como ponto de partida a pergunta de investigação: “Qual a eficácia e aplicabilidade das escalas de *Cubbin-Jackson* e *Braden* na avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa em situação crítica?”. Utilizamos o *Preferred Reporting Items for Systematic and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)* (Page et al., 2021) como guia para atingir os padrões aceites nas revisões sistemáticas.

Foram definidos e aplicados critérios de seleção segundo a mnemónica “PCC” (“População”, “Conceito” e “Contexto”) onde se considerou como População: pessoa em situação crítica, Conceito: Eficácia, precisão, facilidade de uso, tempo de aplicação, aceitação das escalas de *Cubbin-Jackson* e *Braden* na avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs, e como Contexto: cuidados críticos. Não foi estabelecido nenhum limite temporal para a pesquisa uma vez que após a pesquisa preliminar conseguimos perceber que há poucos estudos sobre o tema. Foram considerados estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, que atendiam à questão de revisão, sem limite temporal e com acesso integral gratuito.

Deste modo, foram incluídos estudos que comparam diretamente as duas escalas, mas também aqueles que mencionam as vantagens da utilização de cada uma das escalas, de forma individual, permitindo uma abordagem inclusiva que pode fornecer uma visão mais holística e detalhada sobre as escalas em questão.

## Estratégia de busca

A pesquisa foi realizada através das bases de dados: CINAHL Complete e MEDLINE Complete via EBSCO, PubMed, Scopus e Web Of Science, além de ter sido feita busca manual em referências de estudos já publicados sobre o assunto. Pela inexistência de descritores MeSH e existência de apenas 2 descritores CINAHL para dois dos três conceitos, realizou-se uma pesquisa por proximidade utilizando termos livres e operadores previamente identificados, utilizando posteriormente os operadores *booleanos* (AND e OR) para as equações de pesquisa, adequadas a cada base de dados.

Após a escolha da questão de investigação submetemos os descritores e as palavras-chave ao cruzamento entre si, utilizando como estratégia a pesquisa avançada nas bases de dados anteriormente mencionadas, demonstrada na tabela 1.

**TABELA 1 - ESTRATÉGIA DE PESQUISA UTILIZADA NAS BASES DE DADOS**

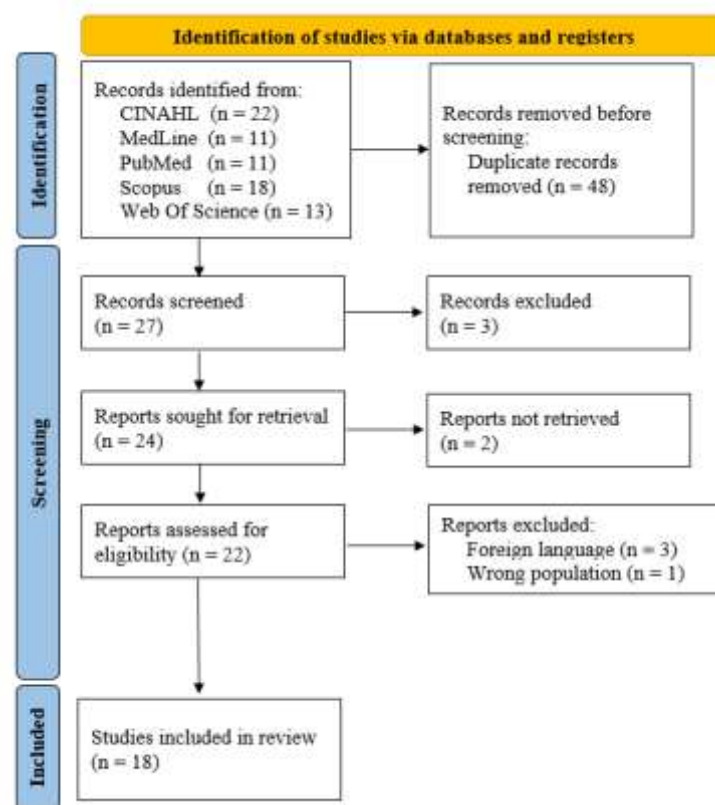
Databases	Estratégia de pesquisa
CINAHL	(TI “cubbin N10 jackson”) OR (AB “cubbin N10 jackson”) OR (SU “cubbin N10 jackson”) AND (TI “Braden”) OR (AB “Braden”) OR (MH “Braden Scale for Predicting Pressure Sore”) AND (TI “scale*”) OR (AB “scale*”) OR (MH “Scales”)
MEDLINE	(TI “cubbin N10 jackson”) OR (AB “cubbin N10 jackson”) OR (SU “cubbin N10 jackson”) AND (TI “braden”) OR (AB “braden”) OR (SU “braden”) AND (TI “scale*”) OR (AB “scale*”) OR (SU “scale*”)
PubMed	((“Cubbin-Jackson”[Title/Abstract:~10]) OR (“Cubbin Jackson”[Text Word])) AND ((Braden[Title/Abstract]) OR (Braden[Text Word])) AND ((scale*[Title/Abstract]) OR (scale*[Text Word]))
Scopus	( TITLE-ABS-KEY ( cubbin W/10 jackson ) AND TITLE-ABS-KEY ( braden ) AND TITLE-ABS-KEY ( scale* ) )
Web of Science	TS=(cubbin NEAR/10 jackson) AND TS=(braden ) AND TS=(scale*)

## RESULTADOS

Inicialmente, identificamos 75 artigos relevantes para a nossa investigação. A primeira etapa do processo de triagem envolveu a remoção de artigos duplicados, resultando em uma seleção preliminar de 27 artigos. Posteriormente, aplicamos critérios de exclusão mais específicos: três artigos foram excluídos após uma avaliação detalhada dos títulos e resumos, que revelou a sua inadequação em relação à pergunta de pesquisa; três foram removidos devido ao idioma de publicação, o qual não se alinhava aos idiomas especificados

nos critérios de inclusão; e dois foram descartados por não estarem disponíveis para acesso integral gratuito. Essas etapas reduziram o conjunto de artigos para uma leitura integral a 19. Durante a análise detalhada do conteúdo de cada um destes 19 artigos, um adicional foi excluído por não se concentrar na população de interesse definida pela revisão, culminando em uma amostra final de 18 artigos. O processo seletivo adotado é esquematicamente representado na Figura 1

**FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS ADAPTADO DE PRISMA-SCR (PAGE ET AL., 2021)**



A Tabela 2 oferece uma visão detalhada da caracterização dos estudos incluídos na nossa revisão, organizando-os de forma a facilitar a compreensão de suas contribuições e contextos. Para cada estudo, a tabela apresenta a identificação do artigo e os respectivos autores, o ano e o país de publicação, destacando a diversidade geográfica e temporal das pesquisas.

**TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS QUE INTEGRAM A AMOSTRA**

Autores / Ano / País de Publicação	Metodologia do Estudo/Nível de Evidência	Objetivo do Estudo / Amostra
Kim et. al. / 2009 / Austrália	Não experimental, Prospetivo/3.d	Analisar a validade de três instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs: Escala de <i>Braden</i> , Escala de <i>Song and Choi</i> e Escala de <i>Cubbin&amp;Jackson</i> . - Amostra: 219 doentes
Ming et al. / 2012 / China	Revisão da Literatura/2.b	Identificar a escala com mais exatidão a prever o risco de úlcera por pressão em doentes de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). - Amostra: 11 estudos
Pancorbo-Hidalgo et al. / 2008 / Espanha	Revisão Sistemática da Literatura e Meta-análise/2.b	Identificar as escalas com estudos de validação publicados; Identificar as escalas destinadas a doentes ou contextos específicos (cuidados críticos e pediátricos). - Amostra: 43 estudos
Liu et al. / 2013 / Portugal	Longitudinal/3.d	Comparar e validar as escalas de risco de úlcera de pressão de <i>Braden</i> e <i>Cubbin &amp; Jackson</i> em doentes chineses da UCI. - Amostra: 139 doentes
Adibelli, S., Korkmaz, F. / 2019 / Reino Unido	Transversal, Prospetivo/4.b	Comparar a confiabilidade e a validade preditiva das escalas de <i>Braden</i> e <i>Jackson/Cubbin</i> em doentes de UCI. - Amostra: 176 doentes
Zhang et al. / 2021 / Reino Unido	Revisão da Literatura e Meta-análise de Acurácia de Testes Diagnósticos/3.b	Rever e examinar a evidência do valor das escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs em UCI. - Amostra: 24 estudos
Higgins et al. / 2020 / Estados Unidos da América	Retrospectivo/2.d	Comparar as propriedades preditivas das escalas de <i>Braden</i> e <i>Jackson/Cubbin</i> numa UCI Trauma-Cirúrgica. - Amostra: 366 doentes
Nunes de Sousa et al. / 2023 / Brasil	Revisão Integrativa da Literatura/2.b	Identificar as escalas preditoras de risco para desenvolvimento de UPPs, avaliando a sua aplicabilidade e comparando as vantagens e limitações da sua utilização. - Amostra: 15 estudos
Cooper, K. / 2013 / Estados Unidos da América	Descritivo/5.c	

Sousa, B. / 2013 / Brasil	Correlacional, Preditivo/4.c	Traduzir para português e avaliar as propriedades de medida das escalas de <i>Sunderland</i> e <i>Cubbin-Jackson</i> Escala Revista. - Amostra: 90 doentes
García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., Ágreda, J., Rodríguez Torres, C. / 2013 / Dinamarca	Revisão Sistemática da Literatura e Meta-análise/2.b	Identificar os instrumentos de avaliação de risco de desenvolvimento de UPPs que têm sido utilizadas em unidades de cuidados críticos; Determinar as características psicométricas dos instrumentos. - Amostra: 26 estudos
García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., Ágreda, J. / 2014 / Estados Unidos da América	Revisão Sistemática da Literatura e Meta-análise/2.b	Determinar a capacidade das escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs e do juízo clínico dos enfermeiros para prever o desenvolvimento de UPPs. - Amostra: 73 estudos
Chen et al. / 2023 / Reino Unido	Revisão Sistemática da Literatura e Meta-análise/4.a	Examinar a validade preditiva da escala <i>Jackson-Cubbin</i> . - Amostra: 9 estudos
Delawder et al. / 2021 / Estados Unidos da América	Observacional/3.e	Validar a escala de <i>Cubbin-Jackson</i> para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs em contexto de cuidados intensivos e comparar a acurácia das escalas <i>Cubbin-Jackson</i> e <i>Braden</i> para os mesmos doentes. - Amostra: 4137 doentes
García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., Ágreda, J., García, C. / 2008 / Espanha	Descritivo/5.b	Identificar escalas de classificação do risco de desenvolvimento de UPPs.
Saibertová, S., Pokorná, A. / 2017 / República Checa	Observacional, Descritivo, Prospetivo/4.c	Avaliar a confiabilidade entre avaliadores das escalas de risco de desenvolvimento de UPPs ( <i>Norton</i> , <i>Modified Norton</i> , <i>Braden</i> and <i>Jackson/Cubbin modified by Maarit Athiala</i> ) em doentes hospitalizados em UCI. - Amostra: 26 doentes
Seongsook, J., Ihnsook, J., Younghee, L. / 2004 / Reino Unido	Longitudinal, Comparativo, Prospetivo/3.d	Comparar a validade de 3 instrumentos de avaliação de risco de desenvolvimento de UPPs - Amostra: 112 doentes
Šáteková, L., Žiaková, K. / 2014 / República Checa	Revisão da Literatura/1.b	Determinar as taxas de validade de escalas selecionadas de avaliação de risco de desenvolvimento de UPPs usando sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo. - Amostra: 15 estudos

Após uma cuidadosa análise e avaliação dos 18 artigos selecionados, consolidamos os achados pertinentes às vantagens e desvantagens das Escalas de *Cubbin-Jackson* e de *Braden*, na tabela 3. Esta foi meticulosamente preparada para facilitar a compreensão e a comparação direta entre as duas escalas de avaliação de risco de desenvolvimento UPPs na pessoa em situação crítica.

**TABELA 3 - VANTAGENS E DESVANTAGENS DAS ESCALAS DE CUBBIN-JACKSON E DE BRADEN**

	<b>Escala de <i>Cubbin-Jackson</i></b>	<b>Escala de <i>Braden</i></b>
<b>Vantagens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desenvolvida especificamente para doente de UCI</b>(Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Chen et al., 2023; Delawder et al., 2021; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Zhang et al., 2021)</li> <li>• <b>Melhor validade</b> (Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009)</li> <li>• <b>Mais prática e fornece mais detalhes sobre o doente de UCI</b> (Saibertová &amp; Pokorná, 2017)</li> <li>• <b>Escala mais válida para doente cirúrgico em UCI</b> (Higgins et al., 2020; Kim et al., 2009)</li> <li>• <b>Boa sensibilidade</b> (Chen et al., 2023; Higgins et al., 2020; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; B. Sousa, 2013)</li> <li>• <b>Boa especificidade</b> (Chen et al., 2023; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Liu et al., 2013; Ming et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Escala mais utilizada</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Kim et al., 2009; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Saibertová &amp; Pokorná, 2017)</li> <li>• <b>Melhor validade</b> (Delawder et al., 2021; Liu et al., 2013)</li> <li>• <b>Fácil aplicabilidade</b> (Liu et al., 2013; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008)</li> <li>• <b>Escala com mais estudos de validação realizados</b> (García-Fernández Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008)</li> <li>• <b>Melhor sensibilidade e valor preditivo negativo</b> (Jun Seongsook et al., 2004; Liu et al., 2013)</li> <li>• <b>Boa capacidade preditiva</b> (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Nunes de Sousa et al., 2023; Šáteková &amp; Žiaková, 2014)</li> <li>• <b>Efetiva em todos os contextos assistenciais</b> (García-Fernández Ágreda, García, 2008)</li> </ul>

	<p>al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; B. Sousa, 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Melhor valor preditivo negativo</b> (Higgins et al., 2020; Ming et al., 2012)</li> <li>• <b>Melhor valor preditivo positivo</b> (Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012)</li> <li>• <b>Avalia fatores de risco específicos de doente de UCI</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Chen et al., 2023; Cooper, 2013; Delawder et al., 2021; Nunes de Sousa et al., 2023)</li> <li>• <b>Mais efetiva em doentes de UCI</b> (Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Zhang et al., 2021)</li> <li>• <b>Mais eficiente em doentes de UCI</b> (Ming et al., 2012)</li> <li>• <b>Mais precisa</b> (Nunes de Sousa et al., 2023)</li> <li>• <b>Confiável</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Kim et al., 2009)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Confiável e válida para avaliação em UCI</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Šáteková &amp; Žiaková, 2014)</li> </ul>
<p><b>Desvantagens</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Várias versões da escala</b> (Chen et al., 2023; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Zhang et al., 2021)</li> <li>• <b>Valor preditivo pode variar dependendo dos modelos de cuidados e tecnologias existentes na UCI</b> (Chen et al., 2023)</li> <li>• <b>Testada em pequenas amostras</b> (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014)</li> <li>• <b>Dificuldade em aplicar a escala</b> (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; Liu et al., 2013)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Escala generalista</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Nunes de Sousa et al., 2023)</li> <li>• <b>Não adequada para doentes de UCI</b> (Zhang et al., 2021)</li> <li>• <b>Baixa especificidade para doentes de UCI</b> (Chen et al., 2023; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009; Nunes de Sousa et al., 2023)</li> <li>• <b>Não avalia fatores de risco específicos de doentes de UCI</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Cooper, 2013; Higgins et al., 2020; Nunes de Sousa et al., 2023)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pior sensibilidade e valor preditivo negativo</b> (Seongsook et al., 2004)</li> <li>• <b>Baixa especificidade e baixo valor preditivo positivo</b> (Delawder et al., 2021)</li> <li>• <b>Pode apresentar falsos positivos na avaliação do risco para doentes internados em cuidados mínimos e intermédios</b> (Nunes de Sousa et al., 2023)</li> <li>• <b>Intervalo de confiança demasiado amplo devido à heterogeneidade dos estudos que a validam</b> (Pancorbo-Hidalgo et al., 2008)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Baixa sensibilidade</b> (Kim et al., 2009; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; B. Sousa, 2013)</li> <li>• <b>Pior valor preditivo em doentes de UCI</b> (Chen et al., 2023)</li> <li>• <b>Baixo valor preditivo positivo</b> (Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009)</li> <li>• <b>Prevê por excesso o risco de desenvolver UPPs</b> (Delawder et al., 2021; Higgins et al., 2020; B. Sousa, 2013)</li> </ul>
--	---

## DISCUSSÃO

Os artigos que constituíram a amostra final foram desenvolvidos em 8 países diferentes, o que permitiu obter uma variedade de contextos e populações distintas. Esta *scoping review* inclui 8 revisões da literatura (Chen et al., 2023; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Šáteková & Žiaková, 2014; Zhang et al., 2021), 7 estudos quantitativos e comparativos (Adibelli & Korkmaz, 2019; Delawder et al., 2021; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009; Liu et al., 2013; B. Sousa, 2013) e 3 qualitativos (Cooper, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; Saibertová & Pokorná, 2017).

Relativamente à **Escala de Cubbin-Jackson** ainda há poucos estudos realizados (Ming et al., 2012), em amostras pequenas (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014), para além de haver várias versões da escala o que leva frequentemente a confusões na sua análise (Chen et al., 2023; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda 2014; Zhang et al., 2021). No que respeita às vantagens, à exceção de Šáteková e Žiaková (2014) que não exploram a Escala de *Cubbin-Jackson* no seu artigo, praticamente todos os autores destacam o facto desta ter sido desenvolvida especificamente para a pessoa em situação crítica e/ou doente de UCI (Adibelli & Korkmaz, 2019; Chen et al., 2023; Delawder et al., 2021; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Higgins et al.,

2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Zhang et al., 2021). Na sua grande maioria apresentam também como vantagens os bons valores de sensibilidade, especificidade, preditivos positivos e negativos, assim como o facto de avaliar fatores de risco específicos dos doentes internados em UCI, como por exemplo, o estado hemodinâmico, de consciência, os antecedentes pessoais, a respiração, entre outros (Adibelli & Korkmaz, 2019; Chen et al., 2023; Cooper, 2013; Delawder et al., 2021; Nunes de Sousa et al., 2023; B. Sousa, 2013). Descrevem-na também como qualitativamente melhor a discriminar o risco de desenvolvimento de UPPs e com qualidades preditivas desejáveis em vários tipos de pessoa em situação crítica, como por exemplo, foro médico ou neurológico (Higgins et al., 2020).

Nas desvantagens alguns dos estudos destacam o facto de haver várias versões da escala (Chen et al., 2023; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Zhang et al., 2021), a heterogeneidade dos estudos que as validam (Pancorbo-Hidalgo et al., 2008) e as amostras dos mesmos serem pequenas (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014). É também referida por alguns autores como sendo uma escala pouco conhecida, complexa e de difícil utilização (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; Liu et al., 2013).

A Escala de *Cubbin-Jackson* apresenta pior especificidade do que a Escala de *Braden*, apesar de mesmo assim apresentar uma alta especificidade, 92% e 95%, respetivamente (Higgins et al., 2020). Alguns autores referem que a mesma apresenta baixa especificidade e baixo valor preditivo positivo (Delawder et al., 2021), enquanto outros referem pior sensibilidade e valor preditivo negativo (Seongsook et al., 2004).

No que concerne às vantagens da **Escala de *Braden***, praticamente todos os autores a evidenciam como sendo a escala mais conhecida, utilizada e de fácil aplicação (Adibelli & Korkmaz, 2019; Kim et al., 2009; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Saibertová & Pokorná, 2017), assim como aquela que tem mais estudos de validação realizados e com amostras maiores (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008). É descrita como tendo efetividade em todos os contextos assistenciais, incluindo UCI, e como sendo confiável e válida para avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica (Adibelli & Korkmaz, 2019; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Šáteková & Žiaková, 2014).

Em relação às desvantagens, é maioritariamente descrita como sendo imprecisa e tendo baixa especificidade, sensibilidade, valor preditivo positivo e negativo na avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica (Chen et al., 2023; Delawder et al., 2021; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; B. Sousa, 2013). A Escala de *Braden* é considerada uma escala generalista porque não contempla a avaliação de fatores de risco específicos da pessoa em situação crítica, sendo por isso vista como uma escala não adequada para o doente de UCI (Adibelli & Korkmaz, 2019; Cooper, 2013; Higgins et al., 2020; Nunes de Sousa et al., 2023; Zhang et al., 2021). Por último, é referido em alguns dos artigos analisados que esta escala prevê em excesso o risco de desenvolver UPPs, querendo isto dizer que avalia como alto risco mais doentes do que aqueles que vão desenvolver UPPs, fazendo por isso com que se aumentem os cuidados de enfermagem com doentes que na realidade seriam baixo risco (Delawder et al., 2021; Higgins et al., 2020; B. Sousa, 2013).

## CONCLUSÃO

A análise dos estudos incluídos na revisão aponta para uma compreensão crítica da Escala de *Cubbin-Jackson*, que foi especificamente elaborada para avaliar o risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica. Apesar da sua conceção direcionada, observa-se uma lacuna significativa na literatura quanto à sua validade empírica. Essa escassez de evidências robustas impede a confirmação da sua adequação superior em comparação a outras ferramentas, como a Escala de *Braden*, no contexto específico da população em situação crítica. No entanto, é inegável que a Escala de *Cubbin-Jackson* apresenta vantagens notáveis, particularmente no que tange à inclusão de fatores de risco intrínsecos à pessoa em situação crítica, proporcionando uma abordagem mais afinada às suas necessidades específicas. Esta característica singular destaca a potencial relevância da escala para a prática clínica, apesar da necessidade premente por pesquisas adicionais que validem sua eficácia e precisão na previsão de UPPs nesta população vulnerável.

Relativamente à Escala de *Braden*, não sendo específica para avaliação do risco na pessoa em situação crítica, é a escala mais conhecida pelas equipas de enfermagem e com mais estudos de validação realizados, o que faz com que até ao momento se considere válida a sua utilização em UCI.

Antes da elaboração de novas versões ou do desenvolvimento de novas escalas de avaliação do risco de UPPs na pessoa em situação crítica, é imperativo a realização de estudos de validação adicionais, especialmente focados na Escala de *Cubbin-Jackson*. Além disso, são

necessárias investigações comparativas mais abrangentes entre a Escala de *Cubbin-Jackson* e a Escala de *Braden*, envolvendo amostras de maior dimensão. Essa abordagem permitirá determinar com maior precisão qual das escalas oferece a avaliação mais acurada do risco de UPPs nesta população específica.

## **2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM: ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA**

### **2.1 DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

No início da minha vida profissional deparei-me com vários doentes portadores de ferida e fui confrontada com a dificuldade que tinha na área do tratamento de feridas, o que me levou a inscrever numa Pós-graduação de Intervenção Avançada em Feridas onde adquiri e desenvolvi competências na área da viabilidade tecidular e tratamento de feridas que me permitiu melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Desenvolvi uma grande paixão pela área, o que me levou a integrar uma associação e fazer parte do grupo de trabalho de viabilidade tecidular e, mais recentemente, do grupo de trabalho da ferida cirúrgica.

Em junho de 2019 fui uma das autoras de um e-poster com o título “*Polydimethylsiloxane effectiveness on incontinence-associated dermatitis prevention: A systematic literature review*” que foi apresentado na 29ª Conferência da *European Wound Management Association (EWMA)* (apêndice I) e respetivo certificado (anexo I), sendo um exemplo do desenvolvimento da competência “suporta a prática clínica em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4749).

Após o primeiro ano de trabalho surgiu a oportunidade de ingressar num hospital, neste caso privado, no serviço de internamento de medicina interna onde integro o grupo de feridas. No ano de 2022 desenvolvi e implementei um projeto de melhoria contínua nesta área que consiste em fazer a monitorização de feridas do serviço e que me permite perceber quais as maiores lacunas da equipa e assim criar um plano de formação adaptado às reais necessidades da equipa (apêndice II). Submeti o projeto a uma bolsa e o mesmo foi premiado (anexo II), fazendo com que, posteriormente, tivesse surgido a oportunidade de o apresentar numa aula de Investigação do Curso de Especialização em Viabilidade Tecidular e Cuidados à Pessoa com Ferida da Escola Superior de Saúde de uma Universidade do Norte do país (anexo III).

Tenho participado em várias formações enquanto formadora no âmbito do tratamento de feridas, indo assim de encontro à competência comum de enfermeiro especialista “ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4749).

Concomitantemente, trabalho também numa Estrutura Residencial para Idosos onde sou responsável pela gestão da equipa de tratamento de feridas, mantendo ambos os trabalhos até ao momento.

A minha experiência profissional tem-me permitido adquirir e desenvolver competências que vão de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente: “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (...), gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (...), baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4745).

Faz parte dos meus objetivos individuais no serviço colaborar no desenvolvimento de uma cultura de segurança dos doentes no âmbito das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e por esse motivo realizo 4 auditorias internas por mês no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), acompanho e esclareço os pares relativamente às normas de boas práticas e PBCI, defino estratégias e incentivo os pares para a melhoria contínua. Estas atividades dão-me conhecimentos que vão de encontro às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC - Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19364).

Os exemplos supracitados são algumas das atividades realizadas ao longo do meu percurso profissional que me têm permitido desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em EMC – Pessoa em Situação Crítica e que demonstram o meu gosto pela profissão e a vontade de adquirir e desenvolver novas competências que me permitam melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

## 2.2 DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS NO DECURSO DO PERCURSO FORMATIVO

No estágio da UC de Vigilância e Decisão Clínica (VDC) que decorreu no Serviço de Urgência (SU) de um hospital periférico da Grande Lisboa, tive a oportunidade de participar numa reanimação onde tivemos a possibilidade de utilizar o *LUCAS (The Lund University Cardiopulmonary Assist System)*. Situação essa que se revelou de extrema complexidade uma vez que foi uma reanimação com a duração de 45 minutos até se conseguir recuperar circulação espontânea e estabilizar o doente para que pudesse ser transferido, tendo exigido várias intervenções da nossa parte, conseguindo assim desenvolver a competência “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (p.19359), através da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e emergente e da administração de protocolos terapêuticos complexos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante esse estágio pude prestar cuidados a vários doentes que tinham sido admitidos por descompensações respiratórias com necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI) e verifiquei que havia uma grande incidência de UPPs associadas à VNI. Uma vez que tenho formação na área da viabilidade tecidular e tratamento de feridas que engloba a prevenção de UPPs, durante os turnos que fiz nos diferentes setores do SU, fui percebendo as dificuldades da equipa relativamente a este tema e fui fazendo formação *on job* aos elementos, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados e prevenir assim o desenvolvimento de UPPs, o que me permitiu desenvolver a competência “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, nomeadamente ao “prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”, prevenindo complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19363).

Enquanto futura enfermeira especialista é importante ter conhecimento do plano de emergência, exceção e catástrofe para em caso de necessidade ser capaz de atuar em conformidade, motivo pelo qual consultei o plano de catástrofe da instituição, procurando assim desenvolver a competência específica de enfermeiro especialista “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359). A aquisição destas competências revelou-se muito positiva e de grande importância para o estágio final e relatório.

Para além das atividades desenvolvidas em contexto profissional e ao longo do estágio de VDC, aproveitei todas as oportunidades que foram surgindo no decorrer do mestrado para me desenvolver enquanto futura enfermeira especialista e mestre.

Neste sentido, participei no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com a apresentação de um póster sobre a revisão realizada (apêndice III) e o respetivo certificado (anexo IV). Fiz também parte da comissão organizadora do seminário anteriormente referido (anexo V).

Adicionalmente a esta componente teórica, o mestrado contempla 360h destinadas à UC Estágio Final e Relatório. Este estágio permitiu-me aplicar conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do 1º e 2º semestre, assim como desenvolver e consolidar as competências adquiridas no estágio de VDC. Deu-me também oportunidade de adquirir, desenvolver e consolidar novas competências no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados especializados por mim prestados, permitindo-me dar resposta aos objetivos definidos. Deste modo, o meu estágio realizou-se em dois contextos, perfazendo 180h em cada um. Ambos os contextos foram no mesmo hospital periférico da Grande Lisboa, tendo sido o primeiro no SU e o segundo na UCI.

Para a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica estabeleci como **objetivo geral, comum aos dois contextos: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família.**

Tendo formação avançada na área da viabilidade tecidular e tratamento de feridas, e uma vez que as UPPs continuam a ser um grande desafio para os profissionais de saúde, assim como um dos principais responsáveis pelo aumento do tempo e custo do internamento e pela diminuição da qualidade de vida dos doentes e suas famílias, uma vez que estes eventos determinam mudanças no seu estado físico e mental (Cortés et al., 2021), optei por trabalhar a área da prevenção de UPPs na pessoa em situação crítica, sendo que os objetivos específicos foram adaptados a cada contexto e serão identificados posteriormente.

### 2.2.1 Serviço de Urgência

O estágio em SU foi realizado entre os dias 4 de setembro e 23 de outubro. Integrada na rede de Emergência Médica Hospitalar, existe também no hospital uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), que possibilita o início da abordagem ao doente

crítico antes da sua chegada ao hospital. Este é um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, de acordo com a Direção Geral da Saúde (2001).

O SU está dividido em diferentes áreas: 2 postos de triagem, sendo que quando há grande afluência com aumento dos tempos de espera preconizados, há a possibilidade de abrir um terceiro posto de triagem na Sala de Reanimação; Área Dedicada a Doentes Respiratórios (ADR); sala de tratamento/ambulatório, cirurgia/ortopedia; 4 Salas de Observação (SO), Sala de Reanimação e Gabinete de Apoio à Família (GAF).

A equipa de enfermagem do SU é composta por 64 enfermeiros. A chefia é composta pela enfermeira chefe e pelo segundo elemento. A restante equipa de enfermagem está dividida em 5 equipas, cada uma delas com um enfermeiro chefe de equipa, sendo que todos são enfermeiros especialistas em EMC – Pessoa em Situação Crítica, e com um enfermeiro segundo elemento, que substitui o chefe de equipa na sua ausência.

A distribuição da equipa por turnos é de 12 elementos na manhã e tarde e 10 no turno da noite, alocados às diferentes áreas anteriormente referidas.

O atendimento de enfermagem ao doente que chega ao SU inicia-se pela triagem onde lhe é atribuída uma pulseira, cuja cor determina a prioridade no atendimento. As cores atribuídas são: azul (não urgente), verde (pouco urgente), amarela (urgente), laranja (muito urgente) e vermelha (emergente) (Grupo Português de Triagem, s.d.). Após atribuição da pulseira os doentes são encaminhados à área do SU correspondente.

O SU divide-se em área de ambulatório e área de internamento. Na área de internamento preconiza-se que os doentes não permaneçam mais de 24h, algo que nem sempre é possível por falta de vagas nas enfermarias. Para melhor gestão do serviço os doentes internados estão, idealmente, localizados no SO4 A e B. Contudo, quando estes se tornam insuficientes acabam por ficar doentes internados nos restantes SO.

A Sala de Reanimação é o local para onde são encaminhados os doentes em situação emergente ou muito urgente. Esta sala tem apenas capacidade para um doente. No entanto, dada a afluência do hospital, foi adaptada de forma que consiga receber dois doentes em simultâneo, se houver essa necessidade. É constituída por 1 carro de emergência, 1 monitor/desfibrilhador, 1 monitor/desfibrilhador de transporte, 1 monitor de sinais vitais, 2 ventiladores de transporte, mala Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), 2 malas de transporte, carro de apoio à via área e tabuleiros de técnicas: cateter arterial, cateter venoso central, drenagem torácica, drenagem supra-púbica, trauma, parto, entre outras. Cada um destes tabuleiros de técnicas tem uma lista de material para que, depois de utilizado, seja repostado, deixando-o preparado para a próxima utilização.

Sendo a minha experiência profissional apenas em contexto de internamento, o contacto com a pessoa em situação crítica é esporádico e num contexto controlado quando comparado com o SU, uma vez que já conheço a situação clínica dos doentes e os seus antecedentes pessoais. Por este motivo, a minha ida para o estágio no SU trouxe-me alguma ansiedade e receio de não ser capaz de dar a resposta adequada em tempo útil. Este sentimento é descrito por Benner (2001) quando refere que uma enfermeira com muita experiência num determinado contexto se torna iniciada quando confrontada com um contexto e uma tipologia de doentes diferentes que exigem outras competências.

**Como primeiro objetivo específico defini: Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Urgência e Emergência.**

Neste sentido, e uma vez que o meu estágio de VDC tinha sido no mesmo serviço, estava já integrada, o que facilitou a continuação de um ambiente de empatia, credibilidade e confiança na equipa.

O enfermeiro orientador desempenha também funções de chefia de equipa, o que me permitiu acompanhá-lo em diversos turnos e desenvolver as minhas competências de gestão, uma vez que o SU é um serviço imprevisível e sem uma lotação máxima predefinida, pelo que, por vezes, é necessário fazer alterações nas alocações dos recursos humanos previamente definidas, de modo a garantir a melhor segurança e qualidade de cuidados (Duffy, 2018). Ao longo de todos os turnos houve uma grande afluência de doentes ao hospital, motivo pelo qual tiveram de ficar muitas vezes doentes internados no SU por não haver vagas no internamento, o que levou a várias reflexões ao longo de cada turno para identificarmos quais as melhores opções de alocação tanto de doentes como dos recursos humanos da equipa.

No contexto de urgência há um grande desafio ao nível do controlo de infeção devido à estrutura física do próprio serviço. Uma vez que é uma área que já vou desenvolvendo no meu dia-a-dia foi algo a que dediquei atenção no sentido de tentar atuar o mais precocemente possível na prevenção de infeções cruzadas, tendo por vezes de trocar doentes de unidades de modo a conseguir implementar isolamentos de coorte.

Estas atividades permitiram-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em EMC – Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (...), adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem

dos Enfermeiros, 2019a, p.4748) e “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359), respetivamente.

Entre as várias situações que tive a oportunidade de experienciar e que me permitiram adquirir novos conhecimentos e refletir sobre eles, destaco um dos turnos que realizei com o enfermeiro orientador em funções de chefia de equipa. Quando estávamos a avaliar como estavam os diversos setores do SU e a perceber quais as necessidades de cada um, entramos no Serviço de Observação (SO) 3, onde estão doentes urgentes (pulseira laranja) em observação e apercebi-me de um doente do sexo masculino com cerca de 80 anos que se apresentava pálido e bradipneico. Avaliei o doente que se encontrava com alteração do estado de consciência, hipotenso, sob fluidoterapia, bradicárdico, sudorético, frio, com sinais de má perfusão periférica, mais exacerbados no membro inferior direito. Apresentava também uma ligadura no membro inferior direito desde a raiz dos dedos até ao joelho que, segundo a enfermeira responsável pelo doente, era de uma ferida com necrose. Informei o enfermeiro orientador e de imediato fui informar a equipa médica.

Foram prestados cuidados ao doente no sentido de o tentar estabilizar hemodinamicamente, nomeadamente foram puncionados dois novos acessos vasculares periféricos, foi colhido sangue, gasimetria e iniciada perfusão de fármaco vasopressor, por indicação médica. Neste momento colocava-se como hipótese diagnóstica choque séptico com ponto de partida da ferida do membro inferior direito.

Enquanto prestávamos os cuidados fomos recolhendo mais informações sobre o doente com a enfermeira responsável, que nos disse que na triagem o doente se encontrava orientado no tempo, espaço e pessoa. Estava em cadeira de rodas, algo que já acontecia há algum tempo em domicílio, devido à ferida que apresentava, apesar de ser autónomo neste dispositivo auxiliar de marcha. Entretanto chegou a equipa médica da UCI para avaliar o doente que, apesar de todos os esforços, se mantinha hemodinamicamente instável.

Devido ao estado geral que o mesmo apresentava, aos maus sinais de perfusão periférica, que no membro inferior direito eram evidentes até à raiz do membro, e aos resultados analíticos obtidos, a equipa da UCI optou por entubá-lo orotraquealmente, conectá-lo ao ventilador, e colocar um Cateter Venoso Central (CVC), o que me permitiu auxiliar na preparação do material para as diversas técnicas e apoiar a realização dos procedimentos. Dados os sinais de má perfusão do membro inferior direito e a existência da ferida, foi chamada a especialidade da Cirurgia Geral para avaliação do doente, que pôs

também como hipótese diagnóstica isquemia do membro com possível necessidade de amputação e por esse motivo solicitaram, com urgência, exames complementares de diagnóstico.

Para que a enfermeira que estava alocada ao SO 3 pudesse continuar a prestação de cuidados aos doentes de prioridade muito urgente, e a possíveis novas admissões, eu e o enfermeiro orientador fizemos o transporte do doente até à Imagiologia para a realização do exame e posteriormente procedemos à sua transferência para a UCI, fazendo a passagem de toda a informação aos colegas. Tive, assim, a oportunidade de realizar o transporte intra-hospitalar de um doente crítico, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), deve ser realizado por um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, uma vez que é considerado o profissional com melhor formação para integrar equipas de transporte de doente crítico.

Quando regressámos ao serviço de urgência tivemos a oportunidade de fazer uma reflexão sobre toda a situação, momento em que o enfermeiro orientador salientou a importância da capacidade de deteção precoce de sinais de instabilidade, assim como é referido por (Benner, 2001).

As minhas intervenções com este doente permitiram-me desenvolver competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, tais como, “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359), uma vez que identifiquei a situação de instabilidade e pude prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Tive também a oportunidade de desenvolver a área da promoção de conforto à pessoa em situação crítica. Nos serviços de urgência, o conforto dos doentes revela-se um grande desafio para os enfermeiros devido à grande afluência dos mesmos, condição clínica e às condições físicas dos serviços. Segundo Kolcaba (2003), há três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência). De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba o conforto pode desenvolver-se em quatro contextos: físico (que diz respeito às sensações corporais), psico-espiritual (a consciência de si próprio), sociocultural (que se refere aos relacionamentos interpessoais) e, por fim, o contexto ambiente (que inclui aspetos como a temperatura, o ruído e a luminosidade). A necessidade de recorrer a um serviço de urgência representa sempre um momento de fragilidade e de transição para a pessoa doente, descrito por Meleis (2010) como transição saúde/doença, que é acompanhado por insegurança e medo, neste caso acentuados pela sua condição clínica.

De acordo com Ponte et al. (2019), os doentes em contexto de urgência referem desconfortos de ordem física, psíquica, social, cultural, ambiental e espiritual. Relativamente “(...) às necessidades de conforto no contexto físico, a dor foi o principal desconforto apresentado. (...) também se queixaram de desconforto no leito. (...) Quanto às necessidades de conforto no contexto psicoespiritual, a ansiedade foi o maior desconforto gerado (...) também se lamentaram de falta de atenção dos profissionais (...). (...) foi verbalizada a sensação de não ser percebido pelos profissionais (“pareço invisível”, “eles são indiferentes”). (...) Essa percepção dos pacientes é fortalecida quando se queixam, por exemplo, de dor e não são medicados em tempo oportuno (...)” (p.928).

As queixas de desconforto no contexto ambiental apontaram para o contato do paciente com um cenário típico de uma unidade de urgência e emergência, superlotado, com equipe subdimensionada, agitado, estressante, barulhento, recebendo vítimas de trauma, por exemplo, por vezes mutiladas, feridas por armas, com fraturas expostas, ensanguentadas, queimadas, gementes, em parada cardiorrespiratória, evoluindo com óbito, entre outros casos de difícil assimilação com naturalidade por um leigo. A visualização destes fatos foi apontada como um gerador de desconforto psíquico e emocional. Este ambiente tem impacto no conforto do paciente não apenas por ser chocante em si só, mas pelo sentimento de impotência frente ao risco de morte e por temer que isto lhes aconteça (Ponte et al., 2019, p.928).

Um dos aspetos que mais valorizo no meu dia-a-dia é a relação terapêutica que consigo estabelecer com os doentes, conhecer parte da sua história, o contexto familiar, os medos e inseguranças que têm relativamente ao internamento e à condição em que poderão ficar após esse período. Segundo P.P. Sousa (2020), é na interação da tríade enfermeiro doente e sua família que o agir intencional e integrador do enfermeiro é determinante na resposta às necessidades de conforto do doente. Conseguir estabelecer essa relação terapêutica permite proporcionar conforto ao doente, uma vez que o enfermeiro com a sua ação é ator privilegiado de conforto, na globalidade do ser humano (P. P. Sousa, 2020).

Sempre tive a perceção que, no SU, a relação com o doente era muito mais impessoal, principalmente no caso da pessoa em situação crítica, uma vez que há um foco muito grande

nas técnicas, terapêuticas e estabilização do doente, e conseqüentemente, a preocupação com a promoção de conforto era também menor.

No entanto, ao longo do estágio, percebi que durante o tempo em que temos o doente à nossa responsabilidade temos também capacidade de o confortar, procurando satisfazer as suas necessidades, demonstrando disponibilidade para responder às suas questões e inseguranças e proporcionando um ambiente o mais calmo e tranquilo possível. O mesmo é descrito por Ponte et al. (2019), quando diz que os profissionais de enfermagem são os mais citados pelos doentes quando questionados relativamente a que profissionais mais contribuíram com a promoção do conforto e referem como fator confortador o apoio e bom relacionamento com os profissionais. As estratégias promotoras de conforto têm um impacto positivo no doente, aumentando a sua capacidade de recuperação (Kolcaba, 2003; P. P. Sousa, 2020).

A promoção do conforto à pessoa em situação crítica foi sempre um dos meus focos, com especial atenção ao controlo da dor, com medidas farmacológicas e não farmacológicas, principalmente no doente vítima de trauma, uma vez que muitas vezes é admitido com dor descontrolada e de difícil controlo e com necessidade de técnicas que implicam aumento da dor. Esta experiência permitiu-me desenvolver a competência de enfermeiro especialista em EMC – Pessoa em Situação Crítica “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359) uma vez que consegui atuar na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica.

Aproveitei o facto de o enfermeiro orientador fazer também parte da equipa da VMER para o acompanhar em dois turnos, complementando assim a minha experiência com a pessoa em situação crítica. Estes turnos foram muito importantes uma vez que me permitiram perceber a abordagem ao doente em contexto pré-hospitalar e quais as dificuldades que enfrentam diariamente. Foram dias ricos em oportunidades de reflexão com o enfermeiro orientador, principalmente em relação ao estabelecimento de prioridades, uma vez que estamos num ambiente que não tem os recursos que temos disponíveis no hospital e em que o mais importante é a estabilização do doente e assegurarmos condições de segurança para que possa ser transportado para uma unidade hospitalar.

**Como segundo objetivo específico defini: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados na equipa de Enfermagem no âmbito da prevenção de UPPs associadas à VNI.**

A presença de dispositivos médicos, tais como tubos endotraqueais, sondas nasogátricas, óculos nasais, máscaras de VNI, cateteres urinários, entre outros, estão associados à incidência de UPPs. Como referido por Gefen et al. (2020), estas lesões aumentam o risco de infecções graves, como, por exemplo sépsis; causam dor e deixam cicatrizes que levam à alteração corporal das pessoas, e afetam negativamente a sua qualidade de vida; aumentam o tempo de internamento, o consumo de recursos, os custos associados e são muitas vezes motivo de ações judiciais por parte das famílias dos doentes, uma vez que consideram o desenvolvimento da lesão uma consequência de maus cuidados por parte das equipas de saúde.

Uma vez que já tinha percebido durante o estágio de VDC que havia uma grande incidência de UPPs associada à VNI e quais as dificuldades e necessidades da equipa relativamente a este tema, para além das formações *on job* e apoio que fui dando ao longo dos turnos, realizei também um poster para o serviço intitulado “Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à Ventilação Não Invasiva (VNI)” (apêndice II), sustentado em evidência científica, com o objetivo de ser um auxiliar de consulta rápida, para a equipa poder consultar em situações de dúvidas relativamente aos cuidados de enfermagem e melhorar os seus cuidados de modo diminuir a incidência de UPPs associada à VNI.

Parte destes cuidados de enfermagem incidem no autocuidado do doente uma vez que se referem a uma correta higiene da pele e hidratação. Cuidados esses que muitas vezes, numa fase inicial, os doentes não têm capacidade de os realizar, tendo de ser substituídos pelos profissionais de saúde na sua realização (Orem et al., 2001).

Consegui, desta forma, atingir o objetivo e consolidar o desenvolvimento de algumas competências comuns do enfermeiro especialista, tais como “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4747), ao mobilizar conhecimentos, garantindo a melhoria da qualidade.

### **2.2.2 Unidade de Cuidados Intensivos**

O estágio de Cuidados Intensivos foi realizado entre os dias 24 de outubro e 15 de dezembro. Os serviços de Medicina Intensiva devem ser responsáveis pelo doente crítico (Paiva et al., 2017).

a Medicina Intensiva é uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s) (Paiva et al., 2017, p.6).

A UCI é uma unidade polivalente composta por oito camas classificadas como nível III “(vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico; (...)” (Paiva et al., 2017, p.7). Todas as unidades dos doentes são individuais, sendo que uma delas tem capacidade para realização de isolamento de contenção ou proteção. Cada uma está equipada com monitor cardíaco, insuflador manual, ventilador, bombas e seringas infusoras, cama elétrica e materiais consumíveis tais como seringas, agulhas, compressas, álcool a 70%, entre outros, de forma que todo o material esteja o mais perto possível do doente, de modo a podermos otimizar o tempo de resposta.

A nível de recursos humanos, segundo Paiva et al. (2017), as UCI devem ter pelo menos um médico, de medicina intensiva, em permanência 24h por dia e devem ter um rácio de enfermeiro/doente flexível, que vá de encontro aos níveis de cuidados necessários a prestar. No que diz respeito à prestação direta de cuidados de enfermagem, na UCI nível III é de 1:1 segundo o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). A equipa de enfermagem é composta por trinta e um enfermeiros que estão divididos em quatro equipas, tendo cada uma o seu chefe de equipa, que têm também funções de gestão de recursos humanos e materiais. Da chefia fazem parte duas enfermeiras, a enfermeira responsável pelo serviço e a enfermeira adjunta.

Existe também a Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEMI) que é formada por um médico e um enfermeiro com competências de Suporte Avançado de Vida (SAV) que tem como função dar uma resposta rápida e eficiente aos doentes adultos do hospital com situações significativas de deterioração fisiológica aguda e/ou situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR). A UCI tem carro de emergência devidamente equipado, malas de transporte com medicação específica, material de SAV, e monitor/desfibrilhador.

Este estágio foi o meu primeiro contacto com a realidade de prestação direta de cuidados a doentes internados em UCI, motivo pelo qual voltei a ter o sentimento referido por Benner (2001), o de enfermeira iniciada. Apesar dos conhecimentos teóricos adquiridos

nas aulas e da pesquisa e estudo realizado previamente ao estágio e durante o mesmo, o ambiente de UCI tem muitas especificidades com as quais nunca tinha contactado. O apoio e as explicações da enfermeira orientadora foram imprescindíveis para que eu conseguisse rapidamente desenvolver competências no sentido de dar resposta a todas essas especificidades.

**Como primeiro objetivo específico defini: Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.**

De modo a conseguir atingir o objetivo proposto, acompanhei a enfermeira orientadora para conhecer a estrutura física, dinâmica funcional, organização, equipa, normas, protocolos e procedimentos de serviço, de forma a conseguir integrar a equipa multidisciplinar da UCI, promovendo um ambiente de empatia, credibilidade e confiança. Um dos primeiros desafios foi ao nível do controlo de infeção uma vez que é uma área de especial atenção na UCI. As taxas de prevalência de infeção são mais elevadas em UCI quando comparadas com as de outras especialidades. Já no caso do risco de aquisição de uma infeção, esse é 5 ou 10 vezes superior (Pinho, 2020).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um grande desafio na prestação de cuidados de saúde (Pinho, 2020) e por esse motivo integram o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026 no **pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros** que tem vários objetivos, entre eles “promover a adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção do PPCIRA” e apoiar os serviços na “implementação e monitorização das *bundles* para prevenção de IACS” (Direção-Geral da Saúde, 2022a, pp.41-42) de forma a que se consiga atingir as várias metas propostas para 2026, entre elas a **meta 27**:

Reduzir em, pelo menos, 30 % a incidência da infeção urinária associada a cateter vesical, da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, da pneumonia associada ao tubo endotraqueal e da infeção do local cirúrgico, em cada unidade hospitalar ou unidade de saúde (quando aplicável). (Direção-Geral da Saúde, 2022a, p.61).

Uma vez que desenvolvo planos de ação na área do controlo de infeção no meu serviço já tinha conhecimento da atualização de novembro de 2022 da Norma Clínica

021/2015 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação, onde se encontra referido que “A utilização de gluconato de clorohexidina a 0,2% para a lavagem da cavidade oral não é recomendada (...)” e “Em face das questões relativas à eficácia e à segurança, considera-se como alternativa ao gluconato de clorohexidina a 0,2%, a octenidina (...)” (Direção-Geral da Saúde, 2022b, pp.7-13) e logo no primeiro turno, em reunião informal com a enfermeira orientadora, percebi que na UCI já se estavam a adaptar a esta nova recomendação. Relativamente à higiene corporal e do couro cabeludo, mantém-se a utilização do gluconato de clorohexidina 2%, em toalhletes. A aplicação das *bundles* é de extrema importância uma vez que dentro dos fatores de risco modificáveis está o comportamento dos profissionais de saúde (Pinho, 2020). Ao longo dos turnos realizados, dei especial atenção à aplicação desta *bundle*, uma vez que é a única com a qual não tenho contacto no meu local de trabalho e apesar de ter conhecimento da mesma e das mais recentes alterações, nunca a tinha posto em prática. Ao aplicar estes conhecimentos, demonstrei ter desenvolvido a competência específica do enfermeiro especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359).

No âmbito do desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359), aproveitei sempre todas as oportunidades, ao longo do estágio, com o objetivo de aumentar os meus conhecimentos e assim desenvolver capacidades para uma melhor prestação de cuidados especializados.

Surgiu a oportunidade de fazer a admissão de alguns doentes na UCI que é sempre um momento de maior stress na equipa multidisciplinar devido à instabilidade em que se encontra o doente e pelo número de procedimentos que são necessários no menor tempo possível, com vista à estabilização do mesmo. Deste modo, pude preparar material para os vários procedimentos, como, por exemplo, entubação orotraqueal, colocação de CVC para administração de terapêutica, outro para realização de Técnica de Substituição Renal (TSR) e colocação de cateter arterial, e auxiliar nos mesmos.

Ao lidar com doentes com estas necessidades adquiri, desenvolvi e consolidei conhecimentos e cuidados técnicos de elevada complexidade, tendo sempre por base a mobilização de conhecimentos obtidos através da pesquisa de evidência científica mais

recente, a consulta de protocolos do serviço e as reuniões informais com a enfermeira orientadora que serviam de momentos de reflexão sobre as experiências vividas ao longo dos turnos de forma a melhorar os meus cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família.

Relativamente à monitorização arterial invasiva, são indicações absolutas para colocação de cateter arterial, a hipotensão severa com necessidade de utilização de drogas vasoativas de ação rápida, a necessidade de colheita de sangue arterial frequente para realização de gasimetria e quando a pressão arterial se encontra instável ou se antecipa a instabilidade da mesma (Pinho, 2020). A translação do conhecimento adquirido nas aulas para a prática clínica foi de extrema importância uma vez que nunca tinha manipulado uma linha arterial, nem tinha tido oportunidade de interpretar o seu traçado em contexto prático. O apoio da enfermeira orientadora no esclarecimento de dúvidas, nos primeiros turnos, foi fundamental para que conseguisse ficar autónoma nesta parte dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

No que concerne ao doente com necessidade de ventilação mecânica invasiva, tudo foi novidade e alvo de muita atenção e pesquisa da minha parte, devido à falta de experiência que tinha e, uma vez que é de extrema importância perceber como está a ventilação e oxigenação do doente, se o mesmo se encontra bem-adaptado ao ventilador ou se há alterações que sejam necessárias fazer para melhorar a condição clínica do mesmo. Os cuidados de enfermagem ao doente ventilado englobam: a aplicação da *bundle de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação*; a verificação todas as conexões do circuito ventilatório, no sentido de minimizar a hipótese de eventuais desconexões; a drenagem, quando necessário, da humidade condensada no circuito, de modo a evitar a introdução inadvertida da mesma para o interior da via respiratória do doente; a confirmação que todos os alarmes estão ligados e devidamente regulados, de acordo com a situação clínica; a vigilância dos sinais de alarme do ventilador, tais como o de pressões elevadas, uma vez que pode significar, por exemplo, que há presença de secreções e é necessária a nossa intervenção, sendo que em caso de necessidade de aspiração de secreções pelo tubo orotraqueal, a mesma deve ser realizada com recurso a técnica asséptica e deve ser um procedimento não superior a 15 segundos; o posicionamento do doente com o uso de mobilizações ativas e passivas, de forma a promover o recrutamento alveolar e a expansão pulmonar; a avaliação dos doentes sedados através da escala de sedação, entre outros (Santos et al., 2020).

A aspiração de secreções pelo tubo orotraqueal era um momento de alguma tensão para mim, principalmente no caso de uma doente a quem prestei cuidados com diagnóstico

de Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda. Nos primeiros dias em que esteve ventilada encontrava-se muito instável e qualquer desconexão, por mínima que fosse, era suficiente para que apresentasse repercussão hemodinâmica. Novamente o conhecimento e apoio da enfermeira orientadora foi facilitador do processo e permitiu-me perceber que nestes casos há momentos chave para a realização do procedimento e há intervenções antecipatórias que devemos ter, como por exemplo, realizar uma pré oxigenação. Noutra campo de atuação dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, tive a oportunidade de proceder à montagem do sistema de TSR, conexão ao doente e posterior desconexão.

A Insuficiência Renal Aguda no doente crítico está muitas vezes associada a disfunção multiorgânica e sépsis, que tem elevadas taxas de mortalidade e uma vez instalada tem tendência a progredir fazendo com que haja necessidade de iniciar TSR (Pinho, 2020). Neste caso, era uma doente, que deu entrada na UCI, transferida da enfermaria, com o diagnóstico de choque séptico. A opção médica foi a de hemodiafiltração venovenosa contínua com citrato, uma vez que não podia ser utilizado outro anticoagulante. Esta técnica exige uma maior vigilância e cuidados da nossa parte uma vez que é necessário manter um aporte de cálcio contínuo, sob a forma de cloreto de cálcio, e monitorizar os valores de cálcio de forma regular, uma vez que o mesmo tem de ir sendo ajustado, de acordo com o valor que o doente apresenta na avaliação periódica protocolada e com o protocolo existente no serviço (Pinho, 2020). A possibilidade de prestar cuidados a esta doente permitiu-me perceber a importância da vigilância de todos os alarmes, uma vez que uma das maiores intercorrências responsável pela suspensão da técnica dialítica é a coagulação do sistema e que a troca frequente por trombose resulta numa menor eficiência da técnica (Pinho, 2020).

Relativamente a exames complementares de diagnóstico realizados na UCI, tive a oportunidade de participar na realização de broncofibroscopias e de ecocardiogramas transesofágicos para posterior realização de cardioversão elétrica, auxiliando na preparação de material, administração de fármacos e vigilância do estado hemodinâmico dos doentes.

Todas as atividades anteriormente referidas, o decorrer de todos os turnos e a realização destes exames, que não são procedimentos de rotina na UCI, fizeram-me perceber a elevada importância de, em contexto de doente crítico, haver uma grande necessidade de ter todo o trabalho organizado, sistematizado e antecipado, sempre que possível, uma vez que as intercorrências e a alteração do plano do doente são uma realidade muito frequente.

No sentido do incremento da qualidade dos cuidados, foi implementado no hospital, em 2022, a Consulta de Follow-Up ao Doente Crítico. A consulta de Follow-up ao doente crítico e família tem como objetivo geral acompanhar os doentes e duas famílias após o

internamento na UCI de forma a atuar na prevenção e deteção de problemas cognitivos, físicos, psicológicos e sociais. Tem também como foco a avaliação e o diagnóstico de sequelas nos diferentes domínios que estejam relacionadas com o internamento na UCI, referenciar para consultas de especialidades médicas, enfermagem, nutrição, serviço social, entre outras e promover a articulação com os Cuidados de Saúde Primários. É também importante identificar as alterações na qualidade de vida dos doentes e sua família após o internamento na UCI de modo otimizar o potencial de recuperação do doente e diminuir a taxa de morbilidade e reinternamento (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, s.d.).

O projeto pretende assim, acompanhar o doente e família após a alta da UCI, avaliando a sua qualidade de vida e detetando alguma eventual consequência do internamento. Foi desenvolvido pelo grupo de enfermeiros da área de especialidade Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, e envolve uma equipa multidisciplinar com articulação entre consulta médica e consulta de enfermagem.

No âmbito do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4747), tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora num turno de consultas de follow-up.

Os doentes que cumprem critérios para serem encaminhados para a consulta são logo identificados no momento da alta da UCI. É realizado no processo informático uma avaliação sumária do seu estado no momento da alta para que na primeira consulta de follow-up seja possível fazer uma comparação entre as avaliações. Os doentes são convocados para a 1ª consulta aos 3 meses após a alta e depois da avaliação pelo enfermeiro especialista e pelo médico, se houver necessidade de manter acompanhamento, são novamente convocados aos 3 e aos 9 meses após a alta. Quando não existe essa necessidade, os doentes têm alta da consulta.

Durante a consulta, para além de perguntas mais informais aos doentes e à sua pessoa de referência, sobre como se sentem após a alta, se têm tido alguma dificuldade ou algum problema em que possamos ajudar, são também aplicados questionários que ajudam a perceber se há alterações a nível físico, neurológico, psicológico e se há indicadores de stress pós-traumático associado ao internamento na UCI, o que vai de encontro ao descrito por Friedman et al. (2022) como sendo as áreas mais afetadas no Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI).

No decorrer das consultas que presenciei foi interessante perceber quais são as perceções dos doentes enquanto estão internados, principalmente enquanto estão sedados,

entubados, ventilados e o impacto que isso pode ter posteriormente. Uma das questões que lhes é colocada na consulta é “O que se lembra do período em que esteve na UCI?”. Entre as várias respostas, as mais comuns eram “os alarmes e as luzes”, “ter os braços presos e não saber o motivo de estarem presos” e “ter um tubo na boca e não poder falar”. Alguns doentes referiram também lembrar-se de conversas que os profissionais tinham enquanto lhes prestavam cuidados, mas que não eram relacionadas com os próprios. Estes relatos vão de encontro ao descrito por (McPeake et al., 2020) no seu estudo, quando refere que os doentes valorizam o facto dos profissionais de saúde ouvirem as queixas que os mesmos apresentam e de os ajudarem a desconstruir situações que recordam do internamento mas que até então não percebiam o porquê de terem acontecido ou de se terem passado de determinada forma.

Em momento informal com a enfermeira orientadora soube que, anteriormente, uma doente referiu que se tinha sentido muito assustada porque achava que estava a haver um tiroteio e foi quando a equipa percebeu que o que a doente tinha ouvido era o triturar da terapêutica para administrar pela sonda naso/orogástrica. Este *feedback* fez com que fosse alterado o método e o local de trituração da terapêutica de modo a evitar que os doentes conseguissem ouvir, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados, como descrito por Villa et al. (2021).

A consulta não é só dirigida à pessoa que esteve internada em UCI, é também dirigida à sua pessoa de referência e/ou família uma vez que também são alvo dos nossos cuidados e que como referido por Henderson et al. (2021), no seu estudo, onde 35% dos prestadores de cuidados apresentavam sintomas de depressão e 57% apresentavam sintomas de ansiedade no momento da primeira consulta, o que nos demonstra que os familiares também sofrem consequências do internamento.

Todas estas informações fornecidas pelos doentes e suas famílias fizeram-me refletir e concluir que a consulta de follow-up é muito importante para avaliar as necessidades do doente e sua família, e encaminhar para as especialidades necessárias ou adequar as nossas intervenções às necessidades que apresentam. No entanto, é também muito importante para que a equipa reflita sobre as suas práticas e consiga melhorar a qualidade dos cuidados (Villa et al., 2021).

Considero que todas as experiências descritas foram de encontro ao objetivo estabelecido, tendo permitido que o mesmo fosse atingido e as respetivas competências desenvolvidas.

**Como segundo objetivo específico defini: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados na equipa de Enfermagem no âmbito da prevenção de UPPs no doente crítico, em contexto de UCI.**

As taxas de UPPs nas Unidades de Cuidados Intensivos são relatadas como as mais elevadas dentro de um hospital. De acordo com Haesler (2019), estes valores são atribuídos à gravidade do quadro clínico devido à instabilidade hemodinâmica, com eventual necessidade de utilização de fármacos vasoativos, à má perfusão e oxigenação dos tecidos, coagulopatia entre outros fatores de risco para o desenvolvimento de UPPs, como, por exemplo, a imobilidade.

Para a consecução deste objetivo realizei pesquisa bibliográfica na evidência científica mais recente relativamente à problemática das UPPs na pessoa em situação crítica em contexto de UCI. Deparei-me com a existência de várias escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs no doente crítico, que foram desenvolvidas especificamente para esta tipologia de doentes, entre as quais, algumas delas já validadas para a nossa população, como são exemplo a Escala Revista de *Cubbin-Jackson*, a Escala de *Sunderland* (B. Sousa, 2013) e a Escala *CALCULATE* (Monteiro, 2020).

A UCI já possuía várias medidas implementadas relativamente à prevenção de UPPs, nomeadamente a utilização de colchões de pressão alterna, almofadas de gel e uma atenção redobrada à utilização de dispositivos médicos e a necessidade de alternar o seu posicionamento, quando possível. Havia, no entanto, uma necessidade de sensibilizar a equipa relativamente ao facto de determinados fatores de risco específicos do doente crítico contribuírem para o aumento do risco de desenvolvimento de UPPs. Fatores esses que não estão contemplados no instrumento de avaliação utilizado, que é a escala de *Braden*.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos tem um grupo de trabalho direcionado para as UPPs no doente crítico, tendo por base a Escala Revista de *Cubbin & Jackson*, motivo pelo qual optei por realizar a minha pesquisa sobre essa escala.

A escala de *Cubbin & Jackson* original surgiu, em 1991, pela necessidade sentida pelos autores em utilizar um instrumento que avaliasse o risco de desenvolvimento de UPPs em doente de UCI. A sua construção tem por base a escala de *Norton* e é composta por 10 categorias, sendo cada uma delas avaliada de 1 a 4 pontos, com uma soma de pontuações que variam de 10 a 40 pontos, tendo o ponto de *cut-off* situado nos 24 pontos, em que quanto mais baixo for o valor total, maior é o risco de desenvolvimento de UPPs (Cubbin & Jackson, 1991). A escala original de *Cubbin & Jackson* é apresentada na figura 2.

FIGURA 2- ESCALA ORIGINAL *CUBBIN & JACKSON*

**Table**  
**The scoring chart**

Age	Weight	General skin condition	Mental condition	Mobility
<40	4 Average weight	4 Intact	4 Awake and alert	4 Fully ambulant
40-55	3 Obese	3 Red skin	3 Agitated/restless/ confused	3 Walks with slight help
55-70	2 Cachectic	2 Grazed/excoriated/ skin	2 Apathetic/sedated but responsive	2 Very limited/ chairbound
>70	1 Any of above and oedema	1 Necrosis/ exuding	1 Coma/unresponsive/ unpurposeful movements	1 Immobile/ bedrest
Haemodynamic status	Respiration	Nutrition	Incontinence	Hygiene
Stable without inotropic support	4 Spontaneous	4 Full diet + fluids	4 None/anuric/ catheterised	4 Competent in maintaining own hygiene
Stable with inotropic support	3 CPAP/T-piece	3 Light diet/oral fluids/enteral feeding	3 Urine	3 Maintaining own hygiene with slight help
Unstable with inotropic support	2 Mechanical ventilation	2 Parenteral feeding	2 Faeces	2 Requires much assistance
Critical with inotropic support	1 Breathless at rest/ on exertion	1 Clear IV fluids only	1 Urine + faeces	1 Fully dependant

Fonte: (Cubbin & Jackson, 1991)

Posteriormente, em 1999, foi realizada uma revisão da escala por uma das autoras da escala original. Essa revisão teve por base a necessidade de atualização da escala e os vários *feedbacks* de que foram recebendo e teve como objetivo colmatar algumas lacunas que foram sendo identificadas ao longo dos anos de utilização. Foram adicionadas duas novas categorias à escala: necessidades de oxigénio e antecedentes pessoais. Estas alterações fizeram com que a pontuação máxima passasse a ser 48 pontos e por esse motivo, o ponto *cut-off* passou a ser 29 pontos. Foi ainda incluída a dedução de um ponto à pontuação total quando: um doente realizou uma cirurgia/exame nas últimas 48 horas; há necessidade de transfusões de hemoderivados (principalmente concentrado eritrocitário e plaquetário); o doente se encontra em hipotermia (Jackson, 1999). A escala revista *Jackson/Cubbin* é apresentada na figura 3.

**FIGURA 3 - ESCALA REVISTA JACKSON/CUBBIN**

Age	Weight Tissue Viability	PMH-Affecting Condition	General skin Condition	Mental	Mobility
<40	4 Average weight	4 None	4 Intact	4 Awake & alert	4 Walks with help
40-55	3 Obese	3 Mild	3 Red skin/areas (potential breakdown)	3 Agitated/restless/ confused	3 Very limited chairbound
55-70	2 Cachectic	2 Severe	2 Grazes/excoriated skin (superficial)	2 Apathetic/sedated but responsive	2 Immobile but tolerates change of position
>70	1 Any of the above + oedema	1 Very Severe	1 Necrosis/exuding sore (deep)	2 Coma/ unresponsive/ paralysed and sedated	2 Unable to tolerate movement/ nursed prone

Haemodynamics	Respiration	Oxygen requirements	Nutrition	Incontinence	Hygiene
Stable without inotropes	4 Spontaneous	4 Requires <40%O <sub>2</sub> Stable on move ment	4 Full diet and fluids	4 None/anuric/ catheterized	4 Independent
Stable with inotropes	3 CPAP/T-piece	3 Requires 40% 60%O <sub>2</sub> Stable on movement	3 Light diet, oral fluids, enteral feeding	3 Urine/profuse sweating	3 Needs assistance
Unstable without inotropes	2 Mechanical ventilation	2 Requires 40%–60%O <sub>2</sub> Stable ABGs but desaturates on movement	2 Parental feeding	2 Faeces/ occasional diarrhoea	2 Needs much assistance
Unstable with inotropes	1 Breathless at rest	1 Requires 60% or above. Inability to maintain ABGs/ desaturates at rest	1 Clear i.v. fluids only	1 Urine and faeces/ prolonged diarrhoea	1 Fully dependent

Deduct 1 point → time spent in surgery/scan in last 48 hours.  
Deduct 1 point → if requires blood products  
Deduct 1 point → for hypothermia until warm  
Possible score 48/48 – high-risk level 29/48 or below.  
Key: CPAP; continuous positive airway pressure; ABGs, arterial blood gases.

**Fonte:** (Jackson, 1999)

A versão revista da escala foi traduzida e validada para Portugal em 2013, pela necessidade sentida em ter um instrumento validado para a nossa população que tivesse sido especificamente desenvolvido para doente de UCI (B. Sousa, 2013). A escala revista e traduzida de *Cubbin & Jackson* é apresentada na figura 4.

**FIGURA 4 - ESCALA REVISTA E TRADUZIDA CUBBIN & JACKSON**

Idade		Peso		Antecedentes Pessoais		Pele		Estado de Consciência		Mobilidade	
<40	4	Normal	4	Nenhum	4	Intacta	4	Acordado e Alerta	4	Deambula com ajuda	4
40-55	3	Obesidade	3	Moderados	3	Eritema (Potencial perda de continuidade)	3	Aglado/ Inquieto /Confuso	3	Muito Limitada/ Levante para cadeirão	3
55-70	2	Caquexia	2	Graves	2	Abrasão/ Escoriação (Superficial)	2	Sedado/Apático mas reactivo	2	Imóvel mas tolera posicionamentos	2
>70	1	Qualquer dos itens acima+ Edema/ Anasarca	1	Muito Graves	1	Necrose/ Exsudativa (Profundas)	1	Coma/Não responde/ Sedado e Curarizado	1	Não tolera posicionamentos/ Totalmente dependente/ Decúbito Ventral	1
Estado Hemodinâmico		Respiração		Necessidades de Oxigénio		Nutrição		Incontinência		Higiene	
Estável sem suporte de inotrópicos	4	Espontânea	4	O <sub>2</sub> <40% Estável à mobilização	4	Dieta completa	4	Continente /Anúria /Cateter Vesical	4	Independente	4
Estável com suporte de inotrópicos	3	CPAP/ Tubo em T	3	40%>O <sub>2</sub> <60% Estável à mobilização	3	Dieta Ligeira, Dieta Líquida, Nutrição Entérica	3	Incontinência Urinária/ Sudorese Profusa	3	Semi-Dependente	3
Instável sem suporte de inotrópicos	2	Ventilação Mecânica	2	40%>O <sub>2</sub> <60% Gasimetria estável. Dessatura à mobilização.	2	Nutrição Parentérica	2	Incontinência Fecal / Diarreia ocasional	2	Muito Dependente	2
Instável com suporte de inotrópicos	1	Exaustão Respiratória	1	>60% O <sub>2</sub> Gasimetria instável. Dessatura em repouso.	1	Apenas Soroterapia	1	Incontinência Urinária e Fecal/ Diarreia Prolongada	1	Completamente Dependente	1

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

**Classificação dos Antecedentes Pessoais**

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

**Fonte:** (B. Sousa, 2012)

Após esta pesquisa, tive uma reunião informal com a enfermeira orientadora em que fomos analisando os doentes com quem estivemos e era notória a mais valia que esta escala trazia comparativamente à escala de *Braden*. Tem em conta vários fatores de risco específicos do doente em UCI que a escala de *Braden* não tem, como por exemplo, os

anteriores pessoais, o estado hemodinâmico que contabiliza a necessidade de utilização ou não de inotrópicos, as necessidades de oxigênio, entre outros.

Pensamos que seria pertinente partilhar este conhecimento com os restantes elementos da equipa uma vez que, mesmo sendo a escala de *Braden* a preconizada para ser utilizada naquela UCI, os fatores avaliados na escala revista de *Cubbin & Jackson* permitem sensibilizar a equipa para adotar medidas de prevenção de UPPs adequadas quando identificam a existência de algum deles nos seus doentes. Esse trabalho foi sendo feito ao longo dos turnos e percebi que foi uma mais valia para a equipa uma vez que não sabiam da existência de algum instrumento de avaliação desenvolvido especificamente para o doente em UCI e porque permitiu que ficassem mais alerta para determinados fatores de risco específicos, como por exemplo a utilização de inotrópicos.

Em contrapartida, tive dificuldade em avaliar uma doente segundo a escala uma vez que na categoria das necessidades de oxigênio não a conseguia enquadrar em nenhum dos intervalos. Era uma doente jovem, de 36 anos, com o diagnóstico de Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda que teve necessidade de ser entubada e ventilada por ter entrado em exaustão respiratória. Estava com fração de inspiração de O<sub>2</sub> (FiO<sub>2</sub>) de 35% mas com grande instabilidade à mobilização, no entanto os intervalos existentes na escala são: 1 - >60% O<sub>2</sub> (Gasimetria instável – Dessatura em repouso), 2 – 40% a 60% O<sub>2</sub> (Gasimetria estável – Dessatura à mobilização), 3 – 40 a 60% O<sub>2</sub> (Estável à mobilização), 4 – <40% (estável á mobilização), pelo que nenhum se adequava ao estado da doente.

Em momento de reflexão com a enfermeira orientadora colocou-se a questão de poder haver uma falha na escala para este tipo de doente crítico, não esquecendo que aconteceu apenas com 1 doente.

No sentido de aprofundar mais o conhecimento relativamente às vantagens e desvantagens a escala de *Cubbin-Jackson*, em relação à escala de *Braden* na avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica, propus-me a realizar uma *Scoping Review* intitulada “Escala de *Cubbin-Jackson* VS Escala de *Braden* na Avaliação do Risco de Desenvolvimento de UPPs na Pessoa em Situação Crítica” (apêndice V).

Considero que com a pesquisa realizada e a partilha dos resultados com a equipa consegui sensibilizá-los para a importância da prevenção do risco de UPPs no doente crítico e contribuir para a melhoria dos cuidados e deste modo desenvolvi a competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359) e as competências comuns do

enfermeiro especialista “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, pp.4746-4749).

### 3. CONCLUSÃO

O ingresso no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica teve como objetivo a procura de novos conhecimentos e aquisição de novas competências no sentido da procura pela excelência dos cuidados e desta forma ser capaz de prestar cuidados especializados.

Fazendo uma análise retrospectiva de todo o percurso, posso dizer que o mesmo teve muito investimento, empenho e dedicação da minha parte. Procurei sempre aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem no sentido de adquirir e desenvolver competências especializadas que se revelaram muito importantes e proveitosas para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Tendo por base as experiências vividas e descritas no presente relatório, foi-me possível desenvolver um olhar crítico e reflexivo sobre a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica de forma holística, em ambos os contextos.

A área das UPPs, apesar de estar a evoluir imenso nos últimos anos, continua ainda a estar muito focada na parte do tratamento e menos na parte da prevenção, principalmente no contexto da pessoa em situação crítica. Os profissionais de saúde continuam a estar muito focados nos procedimentos mais emergentes, não aproveitando as janelas de oportunidade que existem para intervir na prevenção de UPPs.

Com a *Scoping Review* que realizei foi clara a necessidade de adoção de uma escala específica para avaliação do risco de UPPs na pessoa em situação crítica, mas também que se realizem estudos com maiores amostras para perceber efetivamente qual a escala mais adequada para que dessa forma se possam ajustar os cuidados de enfermagem e assim melhorá-los e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos nossos doentes. Através da partilha dos resultados e das formações realizadas ao longo dos turnos foi possível sensibilizar as equipas para a necessidade da intervenção diferenciada perante esta problemática.

Foi muito gratificante constatar que, em contexto de pessoa em situação crítica, é possível prestar cuidados humanizados ao doente e sua família.

A conciliação da vida pessoal, com a vida profissional intensa e a realização do mestrado foi um desafio. No entanto, também permitiu que desenvolvesse a capacidade de foco e estabelecimento de prioridades para conseguir concluí-lo.

Considero que todo o percurso teve elevada importância, principalmente o contexto de Serviço de Urgência, uma vez que me fez olhar para o meu percurso profissional futuro de outra forma. Pretendo continuar a alargar os meus conhecimentos sempre com base na evidência científica mais recente, conseguindo assim prestar cuidados especializados de excelência.

Após a conclusão do estágio, nestes dois contextos, considero ter atingido todos os objetivos a que me propus e apesar do receio inicial por serem duas áreas com as quais nunca tinha contactado e onde impera a imprevisibilidade, consegui adquirir os conhecimentos e as competências necessárias que me permitiram uma prática de cuidados especializados e seguros. Considero que consegui ultrapassar todos os desafios que foram surgindo, não só como meio de atingir os objetivos, mas principalmente para meu crescimento pessoal e acima de tudo profissional e enquanto futura enfermeira especialista em EMC - Pessoa em Situação Crítica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adibelli, S., & Korkmaz, F. (2019). Pressure injury risk assessment in intensive care units: Comparison of the reliability and predictive validity of the Braden and Jackson/Cubbin scales. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23–24), 4595–4605. <https://doi.org/10.1111/jocn.15054>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed). APA.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Chen, X., Diao, D., & Ye, L. (2023). Predictive validity of the Jackson-Cubbin scale for pressure ulcers in intensive care unit patients: A meta-analysis. *Nursing in Critical Care*, 28(3), 370–378. <https://doi.org/10.1111/nicc.12818>
- Cooper, K. (2013). Evidence-based prevention of pressure ulcers in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 33(6), 57–66. <https://doi.org/10.4037/ccn2013985>
- Cortés, O., Herrera-Galindo, M., Villar, J., Rojas, Y., del Pilar Paipa, M., & Salazar, L. (2021). Frequency of repositioning for preventing pressure ulcers in patients hospitalized in ICU: protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00616-0>
- Cubbin, B., & Jackson, C. (1991). Trial of a pressure area risk calculator for intensive therapy patients. *Intensive Care Nursing*, 7(1), 40–44. [https://doi.org/10.1016/0266-612X\(91\)90032-M](https://doi.org/10.1016/0266-612X(91)90032-M)
- De Souza, G., Kaiser, D., Morais, P., & Boniatti, M. (2023). Assessment of the accuracy of the CALCULATE scale for pressure injury in critically ill patients. *Australian Critical Care*, 36(2), 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.12.010>

- Delawder, J., Leontie, S., Maduro, R., Morgan, M., & Zimbro, K. (2021). Predictive Validity of the Cubbin-Jackson and Braden Skin Risk Tools in Critical Care Patients: A Multisite Project. *American Journal of Critical Care*, 30(2), 140–144. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021669>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência* (Lisboa). [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia\\_Emergencia\\_2001.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026* (Lisboa). Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Norma Clínica 021/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. Direção-Geral da Saúde.
- Duffy, J. (2018). *Quality caring in nursing and health systems: Implications for clinicians, educators, and leaders* (3rd ed). Springer Publishing Company.
- Friedman, D., Grimaldi, L., Cariou, A., Aegerter, P., Gaudry, S., Ben Salah, A., Oueslati, H., Megarbane, B., Meunier-Beillard, N., Quenot, J., Schwebel, C., Jacob, L., Robin Lagandré, S., Kalfon, P., Sonnevile, R., Siami, S., Mazeraud, A., & Sharshar, T. (2022). Impact of a Postintensive Care Unit Multidisciplinary Follow-up on the Quality of Life (SUIVI-REA): Protocol for a Multicenter Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 11(5), 1-14. <https://doi.org/10.2196/30496>
- García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., Ágreda, J., & García, C. (2008). Pressure ulcer risk assessment scales. *Gerokomos*, 19(3), 136–144.
- García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., & Ágreda, J. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgment for pressure ulcers: A meta-analysis. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 41(1), 24–34. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000438014.90734.a2>
- García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., Ágreda, J., & Rodríguez Torres, M. (2013). Risk assessment scales for pressure ulcers in intensive care units: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Wound Management*, 13(2), 7–13.
- Gefen, A., Alves, P., Ciprandi, G., Coyer, F., Milne, C. T., Ousey, K., Ohura, N., Waters, N., & Worsley, P. (2020). Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. *Journal of Wound Care*, 29(Sup2a), S1–S52. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1>

- George, J. (2000). *Teorias De Enfermagem: Os Fundamentos Da Prática Profissional*. (4th ed) Artmed.
- Grupo Português de Triagem. (s.d.). *Sistema de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline: the international guideline*. (3rd ed). EPUAP/NPIAP/PPPIA  
<https://static1.squarespace.com/static/6479484083027f25a6246fcb/t/6553d3440e18d57a550c4e7e/1699992399539/CPG2019edition-digital-Nov2023version.pdf>
- Henderson, P., Quasim, T., Asher, A., Campbell, L., Daniel, M., Davey, L., Devine, H., Gall, M., Mactavish, P., Mcgroarty, K., Nolan, F., Purdie, C., Quasim, I., Sharp, J., Shaw, M., Iwashyna, T., & McPeake, J. (2021). Post-intensive care syndrome following cardiothoracic critical care: Feasibility of a complex intervention. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 53(6), 1-6. <https://doi.org/10.2340/16501977-2825>
- Higgins, J., Casey, S., Taylor, E., Wilson, R., & Halcomb, P. (2020). Comparing the Braden and Jackson/Cubbin Pressure Injury Risk Scales in Trauma-Surgery ICU Patients. *Critical Care Nurse*, 40(6), 52–61. <https://doi.org/10.4037/ccn2020874>
- Jackson, C. (1999). The revised Jackson/Cubbin pressure area risk calculator. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15(3), 169–175. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(99\)80048-2](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(99)80048-2)
- Kim, E., Lee, S., Lee, E., & Eom, M. (2009). Comparison of the predictive validity among pressure ulcer risk assessment scales for surgical ICU patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 87–94. [https://www.ajan.com.au/archive/Vol26/26-4\\_Eom.pdf](https://www.ajan.com.au/archive/Vol26/26-4_Eom.pdf)
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Pub. Co.
- Lima-Serrano, M., González-Méndez, M. I., Martín-Castaño, C., Alonso-Araujo, I., & Lima-Rodríguez, J. S. (2018). Validez predictiva y fiabilidad de la escala de Braden para valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 42(2), 82–91. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.12.014>

- Liu, M., Chen, W., Liao, Q., Gu, Q., Hsu, M., & Poon, A. (2013). Validação de duas escalas de avaliação de risco de úlceras de pressão em utentes chineses da UCI. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 145–150. <https://doi.org/10.12707/riiii12146>
- McPeake, J., Boehm, L. M., Hibbert, E., Bakhru, R. N., Bastin, A. J., Butcher, B. W., Eaton, T. L., Harris, W., Hope, A. A., Jackson, J., Johnson, A., Kloos, J. A., Korzick, K. A., MacTavish, P., Meyer, J., Montgomery-Yates, A., Quasim, T., Slack, A., Wade, D., ... Sevin, C. M. (2020). Key Components of ICU Recovery Programs: What Did Patients Report Provided Benefit? *Critical Care Explorations*, 2(4). <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000088>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.
- Ming, L., Qin, G., Haobin, Y., & Fong, P. (2012). Systematic review of pressure ulcer risk assessment scales for using in ICU patients. *Chinese Nursing Research*, 26(1A), 1–4.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). *Decreto-Lei nº 74/2006. Diário da República—I Série-A nº 60*.
- Monteiro, O. (2020). *Risco de Úlcera por Pressão na Pessoa em Situação Crítica em Unidades de Cuidados Intensivos—Validação da Escala CALCULATE*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2555>
- Morais, J. (2015). *Fatores Determinantes de Úlceras de Pressão na Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1452>
- Nunes de Sousa, J. E., Pereira, L. M., Sousa, B. C., Landim, J. K., Silva, A., Bastos, A., Santiago, R., & Oliveira, F. B. (2023). Escalas Utilizadas para Mensurar o Risco de Lesão Por Pressão Em Pacientes Hospitalizados: Uma Revisão. *Enfermagem Atual in Derme*, 97(2), 1–15. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1573>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem os Enfermeiros e REPE*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Parecer nº 09/2017. Transporte da Pessoa em Situação Crítica* (Lisboa).

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho—Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica*. Diário da República, 2ª série (Lisboa).  
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019* (Lisboa).  
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019—Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* (Lisboa). Diário da República, 2ª série.  
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed). Mosby.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência*.  
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Pancorbo-Hidalgo, P., García-Fernández, F., Ágreda, J., & Martínez-Cuervo, F. (2008). Pressure ulcers risk assessment: Clinical practice in Spain and a meta-analysis of scales effectiveness. *Gerokomos*, 19(2), 40–54.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. (1ª edição). Formasau.
- Picoito, R. J. D. B. R., Lapuente, S. M. M. P. D. C., Ramos, A. C. P., Rabiais, I. C. M., Deodato, S. J., & Nunes, E. M. G. T. (2023). Risk assessment instruments for pressure ulcer in adults in critical situation: A scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, 1-15 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6659.3984>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos*. (1ª edição). Lidel.
- Ponte, K. M. D. A., Bastos, F. E. S., Fontenele, M. G. M., Sousa, J. G. D., & Aragão, O. C. (2019). Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency

service: Implications for the nursing profession / Necessidades de conforto de pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência: implicações para enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(4), 925–930. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930>

Saibertová, S., & Pokorná, A. (2017). Possibilities of evaluation of psychometric properties of scales for assessment of the risk of pressure lesions at selected intensive care workplaces—A pilot study. *Ceska a Slovenska Neurologie a Neurochirurgie*, 80, 36–40. <https://doi.org/10.14735/amcsnn2017S36>

Santos, C. D., Nascimento, E. R. P. D., Hermida, P. M. V., Silva, T. G. D., Galetto, S. G. D. S., Silva, N. J. C. D., & Salum, N. C. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Escola Anna Nery*, 24(2), 1-7 <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0300>

Šáteková, L., & Žiaková, K. (2014). Validity of Pressure Ulcer Risk Assessment Scales: Review. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 5(2), 85–92.

Seongsook, J., Ihnsook, J., & Younghee, L. (2004). Validity of pressure ulcer risk assessment scales; Cubbin and Jackson, Braden, and Douglas scale. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), 199–204. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(03\)00135-4](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(03)00135-4)

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (s.d.). *Follow-up no Doente Crítico*. <https://www.spci.pt/grupos/follow-up-no-doente-critico>

Sousa, B. (2012). *Tradução, Adaptação e Validação para o Português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson*. [Master's thesis, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/3048>

Sousa, B. (2013). Translation, adaptation, and validation of the Sunderland Scale and the Cubbin & Jackson Revised Scale in Portuguese. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 106–114. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130021>

Sousa, P. P. (2020). *O CONFORTO DA PESSOA IDOSA*. (2ª ed). Universidade Católica

Villa, M., Villa, S., Vimercati, S., Andreossi, M., Mauri, F., Ferlicca, D., Rona, R., Foti, G., & Lucchini, A. (2021). Implementation of a Follow-Up Program for Intensive Care Unit Survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 1-11 <https://doi.org/10.3390/ijerph181910122>

- Wei, M., Wu, L., Chen, Y., Fu, Q., Chen, W., & Yang, D. (2020). Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care: A Meta-Analysis. *Nursing in Critical Care*, 25(3), 165–170. <https://doi.org/10.1111/nicc.12500>
- Zhang, Y., Zhuang, Y., Shen, J., Chen, X., Wen, Q., Jiang, Q., & Lao, Y. (2021). Value of pressure injury assessment scales for patients in the intensive care unit: Systematic review and diagnostic test accuracy meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 64, 1-10 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.103009>

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I**

E-poster com o título “*Polydimethylsiloxane effectiveness on incontinence-associated dermatitis prevention: A systematic literature review*” apresentado na 29ª Conferência da *EWMA*, na Suécia

## ***Polydimethylsiloxane effectiveness on incontinence-associated dermatitis prevention: A systematic literature review***

Rui Pereira<sup>1,2</sup> – PhD, MSc, CHON, PHN, RN

[rui.pereira@ese.uminho.pt](mailto:rui.pereira@ese.uminho.pt)

Ana Cristina Neves<sup>1</sup>, Ana João Barbosa<sup>1</sup>, Diana Amaral<sup>1</sup>, Sofia Fernandes<sup>1</sup> – MSc, RN; João Cainé<sup>1</sup> – MSc, CNS, RN



<sup>1</sup>University of Minho – Nursing School  
PORTUGAL

<sup>2</sup>Research Unit Health Sciences: Nursing (UICISA:E) – Nursing School of Coimbra  
PORTUGAL

### **1. Aim:**

Assess

Polydimethylsiloxane (PDMS) effectiveness on incontinence-associated dermatitis (IAD) prevention.

### **2. Method:**

- We conducted a systematic review process according with the Joanna Briggs Institute (JBI) protocol;
- To build the review question was used the PICO model and for critical evidence appraisal were applied the instruments proposed by the JBI consortium;
- The papers search occur from May to June (2018);
- We consider the following databases: CINAHL® Plus; COCHRANE Plus Collection, MedLatina and MEDLINE;
- After rejection of duplicated articles, it was possible to subject 57 papers to a first critical assessment. Through a double-blind review process were selected for inclusion in the second phase of review a total of 11 articles. Finally, 6 articles were selected for the purposes of the present review: 2 randomized control trials, 2 intervention studies, 1 systematic review and 1 exploratory study.

### **3. Results / Discussion:**

- Incontinence-associated dermatitis is a potential precursor of cracks and wounds on the skin. These can be gateways to microorganisms, bringing adverse effects to the patient and complex wound complications. In this context, prevention is fundamental;
- There is evidence that PDMS based products are more effective in preventing IAD compared to cleaning with soap and water;
- On the other hand, its form of application is also particularly advantageous since it cleans, cares and protects in a single operation, thus causing the skin to suffer less aggressions at the time of washing and drying.

### **4. Main conclusions:**

- The use of PDMS based products and solutions should become part of the IAD prevention protocol;
- Nevertheless, other preventive interventions should also be implemented on a regular basis.

## **Apêndice II**

Projeto de melhoria contínua “Programa de Formação em Feridas baseado no Formulário de Monitorização de Feridas do serviço”



## PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM FERIDAS BASEADO NO FORMULÁRIO DE MONITORIZAÇÃO DE FERIDAS DO SERVIÇO

Enfª Ana João Barbosa  
Lisboa



## INTRODUÇÃO

- Unidade Funcional de Internamento Médico;
- Especialidades de Medicina Interna, Neurologia e Oncologia;
- Equipa constituída por 30 enfermeiros, 19 auxiliares de ação médica e 11 médicos de Medicina Interna;
- Ao longo do ano 2021 tivemos uma média de 25 doentes internados por dia, tendo no total 9593 dias de internamento, dos quais em 2467 prestamos cuidados a doentes com ferida.

## MONITORIZAÇÃO DE FERIDAS 2.0

- Acesso rápido ao formulário através do telemóvel (Google Forms);
- Dados e fotos disponibilizados em formato digital automaticamente (Google Sheets);
- Mais conteúdo e mais detalhe em menos tempo de registo;
- Gráficos disponíveis para análise mais visual.



## MONITORIZAÇÃO DE FERIDAS 2.0 - FORMULÁRIO



## MONITORIZAÇÃO DE FERIDAS 2.0 - FORMULÁRIO

MONIFER

**Classif. \***

1P 10x1 (22homo não transponível)

1P 10x10 (Perda parcial da espessura da pele. Pode também apresentar-se como ferida fechada ou aberta preenchida por tecido morto)

1P 10x10 (Perda total da espessura da pele. Pode ter presença de tecido desvitalizado sem criar a profundidade das lesões locais)

1P 10x10 (Perda total da espessura das feridas. Pode ter supuração crônica, fístulas ou necrosas)

1P não classificado (Profundidade indeterminada. Perda total da espessura das feridas em que a base da lesão está coberta por tecido ou tecido desvitalizado)

Suspeita de lesão das feridas profundas (Profundidade indeterminada. Área central ou excêntrica no paturo localizada em uma área e descrita na ficha preenchida com cuidado)

**Tipos de tecido no leito da ferida \***

4 Tecido necrosado (semelhante ao que se encontra no ferimento)

3 Tecido desvitalizado/fibrinoso e/ou aderido

2 Tecido de granulação

1 Tecido de epitelização

0 Tecido de regeneração/cicatrização

**Indicar as informações relativas ao tratamento \***

	Sim	Não
Deixar exposto/aberto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar curativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar curativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento sistêmico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exatidão no diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratado corretamente no Hospital de Referência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratado corretamente em ambulatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratado corretamente com medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maioridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interconsulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anterior
Seguinte
Cancelar Formulário

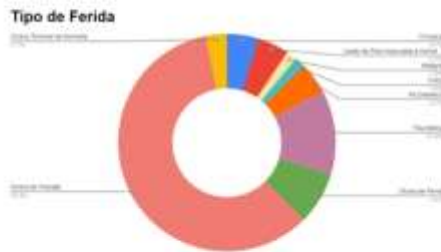
## MONITORIZAÇÃO DE FERIDAS 2.0 – BASE DE DADOS

The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet titled "Monitorização de Feridas 2.0 (Respostas)". The spreadsheet contains a large table with columns for patient information, wound classification, and treatment details. The data is organized in a grid format with multiple rows and columns, showing various wound types and their corresponding treatments.





## RESULTADOS OBTIDOS



## RESULTADOS OBTIDOS

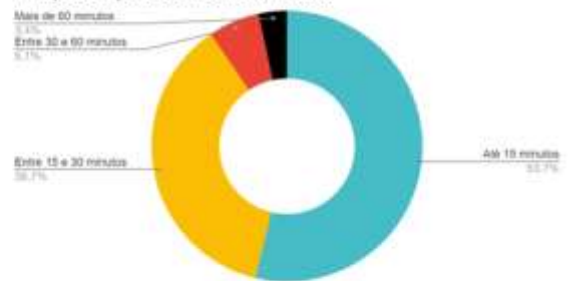


## RESULTADOS OBTIDOS

### Evolução Resvech



### Tempo Despendido no Tratamento



## PRÓXIMAS FORMAÇÕES

- UPP vs Lesões de Pele Associadas à Humidade;
- Prevenção e Categorização das UPP;
- Úlceras Terminais de Kennedy;
- Importância do desbridamento.





## PRÓXIMOS PASSOS

- Continuar levantamento de necessidades de formação e a actualização de conhecimento;
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados, com base nos resultados obtidos e segundo as *guidelines* atuais e sua actualização, se necessário;
- Incentivar as boas práticas na prevenção e tratamento de feridas, também fora do serviço com ensinos à família/prestador de cuidados.



## QUESTÕES?

OBRIGADA!

### **Apêndice III**

Poster apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem:  
Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social



### Escala de Cubbin-Jackson VS Escala de Braden para Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão no Doente Crítico: *Scoping Review*

**Autores:** Ana João Barbosa <sup>1</sup>; Pedro Correia <sup>2</sup>; Patrícia Pontífice-Sousa <sup>3</sup>

**Afilição do(s) autor(es):** <sup>1</sup> Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica na Universidade Católica Portuguesa;  
<sup>2</sup> Enfermeiro no Serviço de Urgência do Hospital Vila Franca de Xira, Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica;  
<sup>3</sup> Ph.D. Professora Associada na Escola Enfermagem Lisboa, Universidade Católica Portuguesa; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde; Lisboa, Portugal

**Introdução:** As úlceras por pressão (UPP) são um desafio e um dos principais responsáveis pelo aumento do tempo e custo do internamento e pela diminuição da qualidade de vida dos doentes. O desenvolvimento de UPP é multifatorial, motivo pelo qual os enfermeiros que prestam cuidados a esta população devem ter em conta esses fatores quando planeiam e executam as suas intervenções (Morais et al., 2015).  
A Escala de Braden é a mais utilizada na avaliação do risco de desenvolvimento de UPP em doente crítico (DC), no entanto, não considera fatores de risco específicos e não é consensual a sua utilização (Adibelli & Korlamaz, 2019; Nunes de Sousa et al., 2023). A Escala Revista de Cubbin-Jackson, traduzida e validada para a nossa população, contempla fatores de risco específicos do DC. Optamos por desenvolver esta *scoping review* sobre as vantagens e desvantagens da Escala de Cubbin-Jackson em relação à Escala de Braden para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP no DC.

**Objetivo:** Mapear a evidência disponível sobre as vantagens e desvantagens da Escala de Cubbin-Jackson em relação à Escala de Braden na avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão no doente crítico. Questão: "Quais as vantagens e desvantagens da Escala de Cubbin-Jackson em relação à Escala de Braden na avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão do doente crítico?"

**Metodologia:** Baseado nas recomendações do Joanna Briggs Institute (Aromataris & Munn, 2020), surge a seguinte questão: "Quais as vantagens e desvantagens da Escala de Cubbin-Jackson em relação à Escala de Braden na avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão do doente crítico?". Na mnemónica "PCC" ("População", "Conceito" e "Contexto") considerou-se como População: doente crítico, Conceito: a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e como Contexto: cuidados críticos.  
Foram considerados estudos publicados em português, inglês e espanhol, que atendiam à questão de revisão, sem limite temporal e com acesso integral gratuito.  
A pesquisa foi realizada através da CINAHL Complete e MEDLINE Complete via EBSCO, PubMed, Scopus e Web Of Science, por proximidade, utilizando termos livres e os operadores *booleans* (AND e OR) para as equações de pesquisa: "Cubbin Jackson" AND "Braden" OR "Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk" AND "Scale\*" OR "Scales"  
A seleção foi operacionalizada pelo software Rayyan, representada pelo fluxograma PRISMA (Page et al., 2021).

#### Resultados:

ESCALA DE BRADEN	
Vantagens	Desvantagens
Escala mais utilizada (1); (10); (11); (12); (14); (16); (17)	Baixa especificidade para doentes de UCI (3); (9); (10); (14); (19)
Melhorvalidade geral (5); (6); (18)	Escala generalista e por isso não adequada (1); (20)
Fácil aplicabilidade (11); (14); (16)	Não avalia fatores de risco específicos de doentes de UCI (1); (4); (9); (14)
Escala com mais estudos de validação realizados (7); (8); (16)	Prevê por excesso o risco de desenvolver UPP (5); (9)
Melhor sensibilidade e valor preditivo negativo (11); (19)	Baixo valor preditivo (5); (9); (10); (19); (20)
Boa capacidade preditiva (7); (14); (18)	Baixa sensibilidade (10); (16); (20)
ESCALA DE CUBBIN-JACKSON	
Vantagens	Desvantagens
Desenvolvida especificamente para doente de cuidados intensivos (1); (3); (4); (5); (6); (7); (8); (9); (10); (11); (14); (16); (19); (21)	Várias versões da escala (3); (7); (21)
Avalia fatores de risco específicos de doente de UCI (1); (3); (4); (5); (14)	Valor preditivo pode variar dependendo dos modelos de cuidados e tecnologias existentes na UCI (3)
Boa sensibilidade (3); (9); (12); (14)	Testada em pequenas amostras (7); (8); (12)
Boa especificidade (3); (9); (11); (12); (14); (19); (20)	Dificuldade em aplicar a escala (6); (12)
Escala mais válida para doente cirúrgico em UCI (9); (10)	Pior sensibilidade e valor preditivo negativo (19)
Melhorvalidade geral (10); (19)	Pode apresentar falsos positivos na avaliação do risco para doentes internados em cuidados mínimos e intermédios (14)
Escala mais efetiva em doentes de UCI (21)	Intervalo de confiança demasiado amplo devido à heterogeneidade de estudos que a validam (16)
Escala de fácil aplicação e que fornece mais detalhes sobre o doente de UCI (17)	
Confiável (1); (10);	

#### Conclusões:

A Escala de Cubbin-Jackson foi desenvolvida especificamente para a população de DC. Há pouca evidência sobre a sua validade, não se podendo assumir que é a mais adequada.  
A Escala de Braden é a mais conhecida pelas equipas de enfermagem e a mais validada, o que toma a sua utilização válida em UCI. São necessários mais estudos de validação da Escala de Cubbin-Jackson, e estudos comparativos entre ambas, com amostras maiores, para conseguir aferir qual a escala mais adequada.

Referências Bibliográficas:



#### **Apêndice IV**

Poster para o Serviço de Urgência: “Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à Ventilação Não Invasiva (VNI)”

## Prevenção de Úlceras por Pressão associadas à Ventilação Não Invasiva (VNI)

Ana João Barbosa\*; Pedro Correia\*\*; Patrícia Pontífice de Sousa\*\*\*



### O QUE É?

Ventilação não invasiva (VNI) – também chamada ventilação mecânica não invasiva – utiliza uma pressão positiva do ar para auxiliar mecanicamente ou substituir a respiração espontânea<sup>(8)</sup>.

A VNI melhora a troca eficaz de gases e facilita a respiração diminuindo o trabalho respiratório ao aliviar os músculos responsáveis pela respiração. Uma das complicações mais frequentes da VNI é o aparecimento de úlceras por pressão nas zonas de contacto com o interface, motivo pelo qual devemos intervir precocemente de modo a evitar que as mesmas surjam, uma vez que são responsáveis por provocar, dor, desconforto e sofrimento aos doentes, levando por vezes ao prolongamento do internamento e a outras complicações<sup>(4)(6)(7)</sup>.

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Cuidados à pele - lavar a pele e secar sem fazer fricção<sup>(1)</sup>;
- Nas pausas de utilização de VNI promover uma boa hidratação da pele (aplicação de creme hidratante, protetores cutâneos, ácidos gordos hiperoxigenados)<sup>(1)(2)</sup>;
- Escolha adequada do tamanho e modelo do interface<sup>(6)</sup>;
- Rotação de interfaces a cada 4 horas (interfaces com diferentes zonas de apoio)<sup>(6)</sup>;
- Ajuste simétrico e não demasiado apertado (devemos conseguir colocar 2 dedos entre a máscara e o arnês)<sup>(7)</sup>;
- Redução do tempo de utilização do interface ao mínimo tempo necessário<sup>(6)</sup>;
- Verificação frequente da pele com especial atenção nas zonas de pressão do interface (atenção a pressão, rubor ou humidade)<sup>(1)(6)</sup>;
- Cuidados de higiene à máscara (limpeza com água e sabão após cada sessão. Se necessidade de VNI durante 24h, higienizar a cada 8 horas);
- Aplicação de apósitos PROTETORES\*\*\*\*, como interface entre a pele e a máscara, para alívio da pressão/fricção exercida pela máscara<sup>(1)(3)(5)(6)</sup>.

\*\*\*\* O material de penso deverá ser fino, não traumático na remoção, absorver a humidade, ser adaptável ao contorno das estruturas da face, garantindo sempre a selagem da máscara para manter uma terapia efetiva. (Ex: hidrocolóide<sup>(1)(5)(6)</sup>, espumas finas com silicone<sup>(1)</sup> e películas transparentes<sup>(1)(3)</sup>)



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



\*Estudante do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa

\*\* Enfermeiro Orientador, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica

\*\*\*Professora Doutora Orientadora do Mestrado, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## **Apêndice V**

“Escala de *Cubbin-Jackson* VS Escala de *Braden* na Avaliação do Risco de Desenvolvimento de UPPs na Pessoa em Situação Crítica: *Scoping Review*”

## **Escala de *Cubbin-Jackson* VS Escala de *Braden* para Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: *Scoping Review***

**Autores: Ana João Barbosa<sup>1</sup>; Pedro Correia<sup>2</sup>; Rita Marques<sup>3</sup>; Paulo Alves<sup>4</sup>; Patrícia Pontífice-Sousa<sup>5</sup>**

### **Afiliação do(s) autor(es):**

<sup>1</sup> Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica na Universidade Católica Portuguesa;

<sup>2</sup> Enfermeiro no Serviço de Urgência do Hospital Vila Franca de Xira, Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica;

<sup>3</sup> PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde; Lisboa, Portugal

<sup>4</sup> PhD, Professor Associado na Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - Wounds Research Lab, Portugal

<sup>5</sup> PhD, Professora Associada na Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde; Lisboa, Portugal

### **Autor correspondente:**

Ana João Barbosa

Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa

Palma de Cima, 1649-023

Lisboa, Portugal

**Email:** [anajoobarbosa@gmail.com](mailto:anajoobarbosa@gmail.com)

**Conflitos de interesse:** Nenhum

## RESUMO

**Objetivo:** Mapear a evidência científica disponível sobre a eficácia e aplicabilidade das escalas de *Cubbin-Jackson* e *Braden* para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UPPs) na pessoa em situação crítica.

**Método:** *Scoping Review* baseada nos princípios do *Joanna Briggs Institute*. Realizámos a pesquisa nas bases de dados: CINAHL, MEDLINE, PubMed, Scopus e Web of Science. Foram incluídos todos os artigos disponíveis em acesso gratuito, publicados em português, inglês e espanhol. Dois revisores independentes realizaram a avaliação crítica, a extração e a síntese dos dados.

**Resultados:** 18 estudos evidenciaram as vantagens e desvantagens das escalas *Cubbin-Jackson* e *Braden*. A primeira desenvolvida para a pessoa em situação crítica é descrita como o melhor instrumento para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão nesta tipologia de doentes. As múltiplas versões da escala, a heterogeneidade dos estudos e as pequenas amostras constituem desvantagens. É menos conhecida, mais complexa e difícil de usar do que a escala de *Braden*.

A Escala de *Braden* é a mais utilizada e possui mais estudos de validação. É considerada generalista, imprecisa, com baixa especificidade e sensibilidade, no entanto é mais fácil de aplicar e confiável.

**Conclusão:** Ambas as escalas são adequadas para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica. Existe pouca evidência sobre a validade da Escala de *Cubbin-Jackson*, o que torna difícil avaliar se é a mais adequada. São necessários mais estudos de validação, com amostras maiores e mais estudos comparativos entre as duas escalas.

**Palavras-Chave:** *Braden*; *Cubbin-Jackson*; Escalas; Úlcera por Pressão; Pessoa em Situação Crítica

## **ABSTRACT**

**Objective:** To map the available scientific evidence about the effectiveness and applicability of the Cubbin-Jackson and Braden scales for assessing the risk of developing pressure ulcers on critical patients.

**Method:** Scoping review based on the principles advocated by the Joanna Briggs Institute. We carried out searches on CINAHL, MEDLINE, PubMed, Scopus and Web Of Science. All available free access articles, published in Portuguese, English and Spanish were included. Two independent reviewers carried out the critical evaluation, extraction and synthesis of data.

**Results:** 18 studies demonstrated the advantages and disadvantages of the Cubbin-Jackson and Braden scales. The first one was developed for critically ill patients and is described as the best pressure ulcer risk assessment tool in this type of patient. Multiple versions of the scale, heterogeneity of studies and short samples are considered disadvantages. It is less known, more complex, and hard to use than Braden Scale.

The Braden Scale is most used and has more validation studies. It is considered generalist, inaccurate, with low specificity and sensitivity, however It's easier to apply and reliable.

**Conclusion:** Both scales are suitable for pressure ulcer risk assessment on critical patients. There's little evidence about Cubbin-Jackson Scale validity which makes it difficult to assess whether it is the most adequate. There's need of more validation studies with bigger samples and more comparative studies between both scales.

**Keywords:** Braden; Cubbin-Jackson; Scales; Pressure Ulcer; Critical patient

## INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços significativos alcançados no cuidado à pessoa com ferida, e em particular no âmbito da prevenção de UPPs, estas lesões cutâneas continuam a representar um desafio complexo para os profissionais de saúde. As UPPs são um dos fatores críticos que comprometem a qualidade de vida dos doentes/famílias, frequentemente levando a prolongamentos no tempo de internamento e incrementando os custos de cuidados de saúde, especialmente na pessoa em situação crítica. A literatura científica identifica a gravidade do estado clínico, imobilidade prolongada, e insuficiência nutricional, entre outros fatores, como elementos que aumentam a suscetibilidade ao desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica (Morais, 2015). Além disso, a incidência de UPPs é um indicador relevante da qualidade e eficácia dos cuidados prestados, sendo essencial a implementação de estratégias baseadas em evidências para a sua prevenção e tratamento. Investigações recentes sugerem que a adoção de tecnologias inovadoras na monitorização da pressão cutânea e a educação contínua dos profissionais de saúde são fundamentais para mitigar os riscos associados às UPPs (Gefen et al., 2020). O desenvolvimento de UPPs nesta população é multifatorial, motivo pelo qual os enfermeiros devem ter em conta esses fatores quando planeiam e executam as suas intervenções (Morais, 2015).

A escala de *Braden* é a escala mais utilizada para avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica (Wei et al., 2020), no entanto, não é consensual a sua utilização para esta tipologia de doentes (Lima-Serrano et al., 2018; Picoito et al., 2023) nem tem em consideração determinados fatores de risco específicos, tais como, estado hemodinâmico, de consciência, os antecedentes pessoais, a respiração, entre outros (De Souza et al., 2023; Picoito et al., 2023).

Desde 2013 que a escala revista de *Cubbin-Jackson* se encontra traduzida, adaptada e validada para a nossa população (Monteiro, 2020). Esta contempla fatores de risco específicos, no entanto, para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica continua a ser utilizada a Escala de *Braden* que é uma escala generalista.

Por este motivo, optámos por desenvolver esta *scoping review*, onde pretendemos mapear a evidência disponível sobre a eficácia e aplicabilidade das escalas de *Cubbin-Jackson* e *Braden* para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica. Esta investigação tem o potencial de impactar positivamente a prática

clínica, promovendo uma escolha mais informada e adequada das escalas de avaliação de risco, alinhada às necessidades específicas da pessoa em situação crítica e às orientações clínicas na prevenção de UPPs.

## **METODOLOGIA**

A realização desta *scoping review* tem por base as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2020) e tem como ponto de partida a pergunta de investigação: “Qual a eficácia e aplicabilidade das escalas *de Cubbin-Jackson* e *Braden* na avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão na pessoa em situação crítica?”. Utilizamos o *Preferred Reporting Items for Systematic and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)* (Page et al., 2021) como guia para atingir os padrões aceites nas revisões sistemáticas.

Foram definidos e aplicados critérios de seleção segundo a mnemónica “PCC” (“População”, “Conceito” e “Contexto”) onde se considerou como População: pessoa em situação crítica, Conceito: Eficácia, precisão, facilidade de uso, tempo de aplicação, aceitação das escalas de *Cubbin-Jackson* e *Braden* na avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs, e como Contexto: cuidados críticos. Não foi estabelecido nenhum limite temporal para a pesquisa uma vez que após a pesquisa preliminar conseguimos perceber que há poucos estudos sobre o tema. Foram considerados estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, que atendiam à questão de revisão, sem limite temporal e com acesso integral gratuito.

Deste modo, foram incluídos estudos que comparam diretamente as duas escalas, mas também aqueles que mencionam as vantagens da utilização de cada uma das escalas, de forma individual, permitindo uma abordagem inclusiva que pode fornecer uma visão mais holística e detalhada sobre as escalas em questão.

### **Estratégia de busca**

A pesquisa foi realizada através das bases de dados: CINAHL Complete e MEDLINE Complete via EBSCO, PubMed, Scopus e Web Of Science, além de ter sido feita busca manual em referências de estudos já publicados sobre o assunto. Pela inexistência de descritores MeSH e existência de apenas 2 descritores CINAHL para dois dos três conceitos, realizou-se uma pesquisa por proximidade utilizando termos livres e operadores previamente identificados, utilizando posteriormente os operadores *booleanos* (AND e OR) para as equações de pesquisa, adequadas a cada base de dados.

Após a escolha da questão de investigação submetemos os descritores e as palavras-chave ao cruzamento entre si, utilizando como estratégia a pesquisa avançada nas bases de dados anteriormente mencionadas, demonstrada na tabela 1.

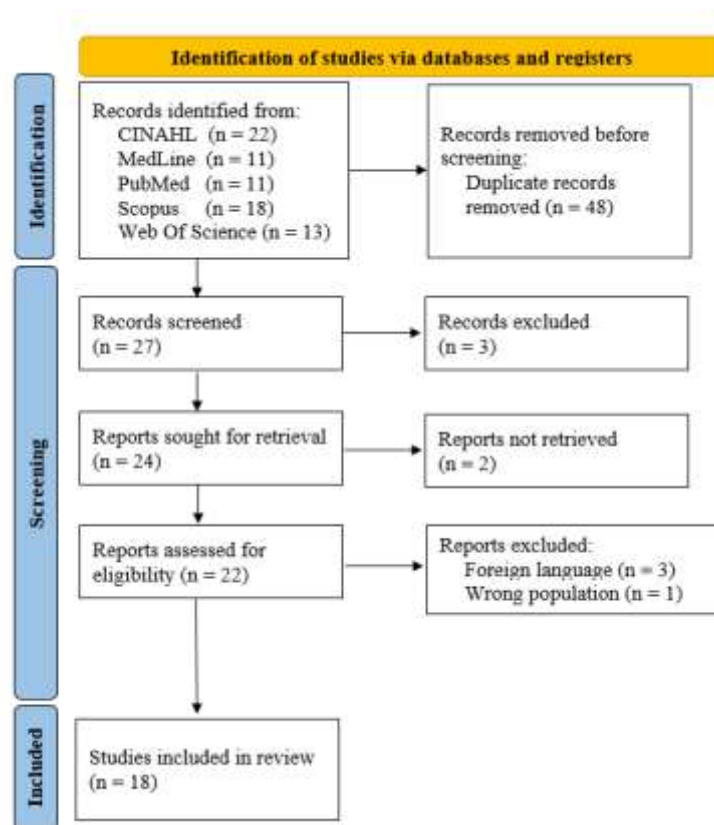
**TABELA 4 - ESTRATÉGIA SE PESQUISA UTILIZADA NAS BASES DE DADOS**

Databases	Estratégia de pesquisa
CINAHL	(TI “cubbin N10 jackson”) OR (AB “cubbin N10 jackson”) OR (SU “cubbin N10 jackson”) AND (TI “Braden”) OR (AB “Braden”) OR (MH “Braden Scale for Predicting Pressure Sore”) AND (TI “scale*”) OR (AB “scale*”) OR (MH “Scales”)
MEDLINE	(TI “cubbin N10 jackson”) OR (AB “cubbin N10 jackson”) OR (SU “cubbin N10 jackson”) AND (TI “braden”) OR (AB “braden”) OR (SU “braden”) AND (TI “scale*”) OR (AB “scale*”) OR (SU “scale*”)
PubMed	((“Cubbin-Jackson”[Title/Abstract:~10]) OR (“Cubbin Jackson”[Text Word])) AND ((Braden[Title/Abstract]) OR (Braden[Text Word])) AND ((scale*[Title/Abstract]) OR (scale*[Text Word]))
Scopus	( TITLE-ABS-KEY ( cubbin W/10 jackson ) AND TITLE-ABS-KEY ( braden ) AND TITLE-ABS-KEY ( scale* ) )
Web of Science	TS=(cubbin NEAR/10 jackson) AND TS=(braden ) AND TS=(scale*)

## RESULTADOS

Inicialmente, identificamos 75 artigos relevantes para a nossa investigação. A primeira etapa do processo de triagem envolveu a remoção de artigos duplicados, resultando em uma seleção preliminar de 27 artigos. Posteriormente, aplicamos critérios de exclusão mais específicos: três artigos foram excluídos após uma avaliação detalhada dos títulos e resumos, que revelou a sua inadequação em relação à pergunta de pesquisa; três foram removidos devido ao idioma de publicação, o qual não se alinhava aos idiomas especificados nos critérios de inclusão; e dois foram descartados por não estarem disponíveis para acesso integral gratuito. Essas etapas reduziram o conjunto de artigos para uma leitura integral a 19. Durante a análise detalhada do conteúdo de cada um destes 19 artigos, um adicional foi excluído por não se concentrar na população de interesse definida pela revisão, culminando em uma amostra final de 18 artigos. O processo seletivo adotado é esquematicamente representado na Figura 1

**FIGURA 5 - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS ADAPTADO DE PRISMA-SCR (PAGE ET AL., 2021)**



A Tabela 2 oferece uma visão detalhada da caracterização dos estudos incluídos na nossa revisão, organizando-os de forma a facilitar a compreensão de suas contribuições e contextos. Para cada estudo, a tabela apresenta a identificação do artigo e os respectivos autores, o ano e o país de publicação, destacando a diversidade geográfica e temporal das pesquisas.

**TABELA 5 - CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS QUE INTEGRAM A AMOSTRA**

Autores / Ano / País de Publicação	Metodologia do Estudo/Nível de Evidência	Objetivo do Estudo / Amostra
Kim et. al. / 2009 / Austrália	Não experimental, Prospetivo/3.d	Analisar a validade de três instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs: Escala de <i>Braden</i> , Escala de <i>Song and Choi</i> e Escala de <i>Cubbin&amp;Jackson</i> . - Amostra: 219 doentes

Ming et al. / 2012 / China	Revisão da Literatura/2.b	Identificar a escala com mais exatidão a prever o risco de úlcera por pressão em doentes de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). - Amostra: 11 estudos
Pancorbo-Hidalgo et al. / 2008 / Espanha	Revisão Sistemática da Literatura e Meta-análise/2.b	Identificar as escalas com estudos de validação publicados; Identificar as escalas destinadas a doentes ou contextos específicos (cuidados críticos e pediátricos). - Amostra: 43 estudos
Liu et al. / 2013 / Portugal	Longitudinal/3.d	Comparar e validar as escalas de risco de úlcera de pressão de <i>Braden</i> e <i>Cubbin &amp; Jackson</i> em doentes chineses da UCI. - Amostra: 139 doentes
Adibelli, S., Korkmaz, F. / 2019 / Reino Unido	Transversal, Prospetivo/4.b	Comparar a confiabilidade e a validade preditiva das escalas de <i>Braden</i> e <i>Jackson/Cubbin</i> em doentes de UCI. - Amostra: 176 doentes
Zhang et al. / 2021 / Reino Unido	Revisão da Literatura e Meta-análise de Acurácia de Testes Diagnósticos/3.b	Rever e examinar a evidência do valor das escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs em UCI. - Amostra: 24 estudos
Higgins et al. / 2020 / Estados Unidos da América	Retrospectivo/2.d	Comparar as propriedades preditivas das escalas de <i>Braden</i> e <i>Jackson/Cubbin</i> numa UCI Trauma-Cirúrgica. - Amostra: 366 doentes
Nunes de Sousa et al. / 2023 / Brasil	Revisão Integrativa da Literatura/2.b	Identificar as escalas predictoras de risco para desenvolvimento de UPPs, avaliando a sua aplicabilidade e comparando as vantagens e limitações da sua utilização. - Amostra: 15 estudos
Cooper, K. / 2013 / Estados Unidos da América	Descritivo/5.c	
Sousa, B. / 2013 / Brasil	Correlacional, Preditivo/4.c	Traduzir para português e avaliar as propriedades de medida das escalas de <i>Sunderland</i> e <i>Cubbin-Jackson</i> Escala Revista. - Amostra: 90 doentes
García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., Ágreda, J., Rodríguez Torres, C. / 2013 / Dinamarca	Revisão Sistemática da Literatura e Meta-análise/2.b	Identificar os instrumentos de avaliação de risco de desenvolvimento de UPPs que têm sido utilizadas em unidades de cuidados críticos; Determinar as características psicométricas dos instrumentos. - Amostra: 26 estudos

García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., Ágreda, J. / 2014 / Estados Unidos da América	Revisão Sistemática da Literatura e Meta-análise/2.b	Determinar a capacidade das escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs e do juízo clínico dos enfermeiros para prever o desenvolvimento de UPPs. - Amostra: 73 estudos
Chen et al. / 2023 / Reino Unido	Revisão Sistemática da Literatura e Meta-análise/4.a	Examinar a validade preditiva da escala <i>Jackson-Cubbin</i> . - Amostra: 9 estudos
Delawder et al. / 2021 / Estados Unidos da América	Observacional/3.e	Validar a escala de <i>Cubbin-Jackson</i> para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs em contexto de cuidados intensivos e comparar a acurácia das escalas <i>Cubbin-Jackson</i> e <i>Braden</i> para os mesmos doentes. - Amostra: 4137 doentes
García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., Ágreda, J., García, C. / 2008 / Espanha	Descritivo/5.b	Identificar escalas de classificação do risco de desenvolvimento de UPPs.
Saibertová, S., Pokorná, A. / 2017 / República Checa	Observacional, Descritivo, Prospetivo/4.c	Avaliar a confiabilidade entre avaliadores das escalas de risco de desenvolvimento de UPPs ( <i>Norton, Modified Norton, Braden</i> and <i>Jackson/Cubbin modified by Maarit Athiala</i> ) em doentes hospitalizados em UCI. - Amostra: 26 doentes
Seongsook, J. et al. / 2004 / Reino Unido	Longitudinal, Comparativo, Prospetivo/3.d	Comparar a validade de 3 instrumentos de avaliação de risco de desenvolvimento de UPPs - Amostra: 112 doentes
Šáteková, L., Žiaková, K. / 2014 / República Checa	Revisão da Literatura/1.b	Determinar as taxas de validade de escalas selecionadas de avaliação de risco de desenvolvimento de UPPs usando sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo. - Amostra: 15 estudos

Após uma cuidadosa análise e avaliação dos 18 artigos selecionados, consolidamos os achados pertinentes às vantagens e desvantagens das Escalas de *Cubbin-Jackson* e de *Braden*, na tabela 3. Esta foi meticulosamente preparada para facilitar a compreensão e a comparação direta entre as duas escalas de avaliação de risco de desenvolvimento UPPs na pessoa em situação crítica.

**TABELA 6 - VANTAGENS E DESVANTAGENS DAS ESCALAS DE *CUBBIN-JACKSON* E DE *BRADEN***

	<b>Escala de <i>Cubbin-Jackson</i></b>	<b>Escala de <i>Braden</i></b>
<b>Vantagens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desenvolvida especificamente para doente de UCI</b>(Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Chen et al., 2023; Delawder et al., 2021; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Zhang et al., 2021)</li> <li>• <b>Melhor validade</b> (Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009)</li> <li>• <b>Mais prática e fornece mais detalhes sobre o doente de UCI</b> (Saibertová &amp; Pokorná, 2017)</li> <li>• <b>Escala mais válida para doente cirúrgico em UCI</b> (Higgins et al., 2020; Kim et al., 2009)</li> <li>• <b>Boa sensibilidade</b> (Chen et al., 2023; Higgins et al., 2020; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; B. Sousa, 2013)</li> <li>• <b>Boa especificidade</b> (Chen et al., 2023; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; B. Sousa, 2013)</li> <li>• <b>Melhor valor preditivo negativo</b> (Higgins et al., 2020; Ming et al., 2012)</li> <li>• <b>Melhor valor preditivo positivo</b> (Higgins et al., 2020; Seongsook et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Escala mais utilizada</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Kim et al., 2009; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Saibertová &amp; Pokorná, 2017)</li> <li>• <b>Melhor validade</b> (Delawder et al., 2021; Liu et al., 2013)</li> <li>• <b>Fácil aplicabilidade</b> (Liu et al., 2013; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008)</li> <li>• <b>Escala com mais estudos de validação realizados</b> (García-Fernández Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008)</li> <li>• <b>Melhor sensibilidade e valor preditivo negativo</b> (Jun Seongsook et al., 2004; Liu et al., 2013)</li> <li>• <b>Boa capacidade preditiva</b> (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Nunes de Sousa et al., 2023; Šáteková &amp; Žiaková, 2014)</li> <li>• <b>Efetiva em todos os contextos assistenciais</b> (García-Fernández Ágreda, García, 2008)</li> <li>• <b>Confiável e válida para avaliação em UCI</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Šáteková &amp; Žiaková, 2014)</li> </ul>

	<p>al., 2004; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avalia fatores de risco específicos de doente de UCI</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Chen et al., 2023; Cooper, 2013; Delawder et al., 2021; Nunes de Sousa et al., 2023)</li> <li>• <b>Mais efetiva em doentes de UCI</b> (Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Zhang et al., 2021)</li> <li>• <b>Mais eficiente em doentes de UCI</b> (Ming et al., 2012)</li> <li>• <b>Mais precisa</b> (Nunes de Sousa et al., 2023)</li> <li>• <b>Confiável</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Kim et al., 2009)</li> </ul>	
<p><b>Desvantagens</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Várias versões da escala</b> (Chen et al., 2023; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Zhang et al., 2021)</li> <li>• <b>Valor preditivo pode variar dependendo dos modelos de cuidados e tecnologias existentes na UCI</b> (Chen et al., 2023)</li> <li>• <b>Testada em pequenas amostras</b> (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014)</li> <li>• <b>Dificuldade em aplicar a escala</b> (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; Liu et al., 2013)</li> <li>• <b>Pior sensibilidade e valor preditivo negativo</b> (Seongsook et al., 2004)</li> <li>• <b>Baixa especificidade e baixo valor preditivo positivo</b> (Delawder et al., 2021)</li> <li>• <b>Pode apresentar falsos positivos na avaliação do risco para doentes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Escala generalista</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Nunes de Sousa et al., 2023)</li> <li>• <b>Não adequada para doentes de UCI</b> (Zhang et al., 2021)</li> <li>• <b>Baixa especificidade para doentes de UCI</b> (Chen et al., 2023; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009; Nunes de Sousa et al., 2023)</li> <li>• <b>Não avalia fatores de risco específicos de doentes de UCI</b> (Adibelli &amp; Korkmaz, 2019; Cooper, 2013; Higgins et al., 2020; Nunes de Sousa et al., 2023)</li> <li>• <b>Baixa sensibilidade</b> (Kim et al., 2009; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; B. Sousa, 2013)</li> <li>• <b>Pior valor preditivo em doentes de UCI</b> (Chen et al., 2023)</li> </ul>

	<p><b>internados em cuidados mínimos e intermédios</b> (Nunes de Sousa et al., 2023)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intervalo de confiança demasiado amplo devido à heterogeneidade dos estudos que a validam</b> (Pancorbo-Hidalgo et al., 2008)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Baixo valor preditivo positivo</b> (Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009)</li> <li>• <b>Prevê por excesso o risco de desenvolver UPPs</b> (Delawder et al., 2021; Higgins et al., 2020; B. Sousa, 2013)</li> </ul>
--	---	--

## DISCUSSÃO

Os artigos que constituíram a amostra final foram desenvolvidos em 8 países diferentes, o que permitiu obter uma variedade de contextos e populações distintas. Esta *scoping review* inclui 8 revisões da literatura (Chen et al., 2023; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Šáteková & Žiaková, 2014; Zhang et al., 2021), 7 estudos quantitativos e comparativos (Adibelli & Korkmaz, 2019; Delawder et al., 2021; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009; Liu et al., 2013; B. Sousa, 2013) e 3 qualitativos (Cooper, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; Saibertová & Pokorná, 2017).

Relativamente à **Escala de Cubbin-Jackson** ainda há poucos estudos realizados (Ming et al., 2012), em amostras pequenas (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014), para além de haver várias versões da escala o que leva frequentemente a confusões na sua análise (Chen et al., 2023; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda 2014; Zhang et al., 2021). No que respeita às vantagens, à exceção de Šáteková e Žiaková (2014) que não exploram a Escala de *Cubbin-Jackson* no seu artigo, praticamente todos os autores destacam o facto desta ter sido desenvolvida especificamente para a pessoa em situação crítica e/ou doente de UCI (Adibelli & Korkmaz, 2019; Chen et al., 2023; Delawder et al., 2021; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Zhang et al., 2021). Na sua grande maioria apresentam também como vantagens os bons valores de sensibilidade, especificidade, preditivos positivos e negativos, assim como o facto de avaliar fatores de risco específicos dos doentes internados em UCI, como por exemplo, o estado hemodinâmico, de consciência,

os antecedentes pessoais, a respiração, entre outros (Adibelli & Korkmaz, 2019; Chen et al., 2023; Cooper, 2013; Delawder et al., 2021; Nunes de Sousa et al., 2023; B. Sousa, 2013). Descrevem-na também como qualitativamente melhor a discriminar o risco de desenvolvimento de UPPs e com qualidades preditivas desejáveis em vários tipos de pessoa em situação crítica, como por exemplo, doente médico ou neurológico (Higgins et al., 2020).

Nas desvantagens alguns dos estudos destacam o facto de haver várias versões da escala (Chen et al., 2023; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Zhang et al., 2021), a heterogeneidade dos estudos que as validam (Pancorbo-Hidalgo et al., 2008) e as amostras dos mesmos serem pequenas (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014). É também referida por alguns autores como sendo uma escala pouco conhecida, complexa e de difícil utilização (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; Liu et al., 2013).

A Escala de *Cubbin-Jackson* apresenta pior especificidade do que a Escala de *Braden*, apesar de mesmo assim apresentar uma alta especificidade, 92% e 95%, respetivamente (Higgins et al., 2020). Alguns autores referem que a mesma apresenta baixa especificidade e baixo valor preditivo positivo (Delawder et al., 2021), enquanto outros referem pior sensibilidade e valor preditivo negativo (Seongsook et al., 2004).

No que concerne às vantagens da **Escala de *Braden***, praticamente todos os autores a evidenciam como sendo a escala mais conhecida, utilizada e de fácil aplicação (Adibelli & Korkmaz, 2019; Kim et al., 2009; Liu et al., 2013; Ming et al., 2012; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Saibertová & Pokorná, 2017), assim como aquela que tem mais estudos de validação realizados e com amostras maiores (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, Rodríguez Torres, 2013; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, 2014; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008). É descrita como tendo efetividade em todos os contextos assistenciais, incluindo UCI, e como sendo confiável e válida para avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica (Adibelli & Korkmaz, 2019; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Ágreda, García, 2008; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; Šáteková & Žiaková, 2014).

Em relação às desvantagens, é maioritariamente descrita como sendo imprecisa e tendo baixa especificidade, sensibilidade, valor preditivo positivo e negativo na avaliação do risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica (Chen et al., 2023; Delawder et al., 2021; Higgins et al., 2020; Seongsook et al., 2004; Kim et al., 2009; Nunes de Sousa et al., 2023; Pancorbo-Hidalgo et al., 2008; B. Sousa, 2013). A Escala de *Braden* é considerada uma escala generalista porque não contempla a avaliação de fatores de risco

específicos da pessoa em situação crítica, sendo por isso vista como uma escala não adequada para o doente de UCI (Adibelli & Korkmaz, 2019; Cooper, 2013; Higgins et al., 2020; Nunes de Sousa et al., 2023; Zhang et al., 2021). Por último, é referido em alguns dos artigos analisados que esta escala prevê em excesso o risco de desenvolver UPPs, querendo isto dizer que avalia como alto risco mais doentes do que aqueles que vão desenvolver UPPs, fazendo por isso com que se aumentem os cuidados de enfermagem com doentes que na realidade seriam baixo risco (Delawder et al., 2021; Higgins et al., 2020; B. Sousa, 2013).

## CONCLUSÃO

A análise dos estudos incluídos na revisão aponta para uma compreensão crítica da Escala de *Cubbin-Jackson*, que foi especificamente elaborada para avaliar o risco de desenvolvimento de UPPs na pessoa em situação crítica. Apesar da sua conceção direcionada, observa-se uma lacuna significativa na literatura quanto à sua validade empírica. Essa escassez de evidências robustas impede a confirmação da sua adequação superior em comparação a outras ferramentas, como a Escala de *Braden*, no contexto específico da população em situação crítica. No entanto, é inegável que a Escala de *Cubbin-Jackson* apresenta vantagens notáveis, particularmente no que tange à inclusão de fatores de risco intrínsecos à pessoa em situação crítica, proporcionando uma abordagem mais afinada às suas necessidades específicas. Esta característica singular destaca a potencial relevância da escala para a prática clínica, apesar da necessidade premente por pesquisas adicionais que validem sua eficácia e precisão na previsão de UPPs nesta população vulnerável.

Relativamente à Escala de *Braden*, não sendo específica para avaliação do risco na pessoa em situação crítica, é a escala mais conhecida pelas equipas de enfermagem e com mais estudos de validação realizados, o que faz com que até ao momento se considere válida a sua utilização em UCI.

Antes da elaboração de novas versões ou do desenvolvimento de novas escalas de avaliação do risco de UPPs na pessoa em situação crítica, é imperativo a realização de estudos de validação adicionais, especialmente focados na Escala de *Cubbin-Jackson*. Além disso, são necessárias investigações comparativas mais abrangentes entre a Escala de *Cubbin-Jackson* e a Escala de *Braden*, envolvendo amostras de maior dimensão. Essa abordagem permitirá determinar com maior precisão qual das escalas oferece a avaliação mais acurada do risco de UPPs nesta população específica.

## **Referências Bibliográficas**

- Adibelli, S., & Korkmaz, F. (2019). Pressure injury risk assessment in intensive care units: Comparison of the reliability and predictive validity of the Braden and Jackson/Cubbin scales. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23–24), 4595–4605. <https://doi.org/10.1111/jocn.15054>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Chen, X., Diao, D., & Ye, L. (2023). Predictive validity of the Jackson-Cubbin scale for pressure ulcers in intensive care unit patients: A meta-analysis. *Nursing in Critical Care*, 28(3), 370–378. <https://doi.org/10.1111/nicc.12818>
- Cooper, K. (2013). Evidence-based prevention of pressure ulcers in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 33(6), 57–66. <https://doi.org/10.4037/ccn2013985>
- De Souza, G., Kaiser, D., Morais, P., & Boniatti, M. (2023). Assessment of the accuracy of the CALCULATE scale for pressure injury in critically ill patients. *Australian Critical Care*, 36(2), 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.12.010>
- Delawder, J., Leontie, S., Maduro, R., Morgan, M., & Zimbardo, K. (2021). Predictive Validity of the Cubbin-Jackson and Braden Skin Risk Tools in Critical Care Patients: A Multisite Project. *American Journal of Critical Care*, 30(2), 140–144. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021669>
- García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., Ágreda, J., & García, C. (2008). Pressure ulcer risk assessment scales. *Gerokomos*, 19(3), 136–144.
- García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., & Ágreda, J. (2014). Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgment for pressure ulcers: A meta-analysis. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 41(1), 24–34. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000438014.90734.a2>
- García-Fernández, F., Pancorbo-Hidalgo, P., Ágreda, J., & Rodríguez Torres, M. (2013). Risk assessment scales for pressure ulcers in intensive care units: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Wound Management*, 13(2), 7–13.
- Gefen, A., Alves, P., Ciprandi, G., Coyer, F., Milne, C. T., Ousey, K., Ohura, N., Waters, N., & Worsley, P. (2020). Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. *Journal of Wound Care*, 29(Sup2a), S1–S52. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1>

- Higgins, J., Casey, S., Taylor, E., Wilson, R., & Halcomb, P. (2020). Comparing the Braden and Jackson/Cubbin Pressure Injury Risk Scales in Trauma-Surgery ICU Patients. *Critical Care Nurse*, 40(6), 52–61. <https://doi.org/10.4037/ccn2020874>
- Kim, E., Lee, S., Lee, E., & Eom, M. (2009). Comparison of the predictive validity among pressure ulcer risk assessment scales for surgical ICU patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 87–94. [https://www.ajan.com.au/archive/Vol26/26-4\\_Eom.pdf](https://www.ajan.com.au/archive/Vol26/26-4_Eom.pdf)
- Lima-Serrano, M., González-Méndez, M. I., Martín-Castaño, C., Alonso-Araujo, I., & Lima-Rodríguez, J. S. (2018). Validez predictiva y fiabilidad de la escala de Braden para valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 42(2), 82–91. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.12.014>
- Liu, M., Chen, W., Liao, Q., Gu, Q., Hsu, M., & Poon, A. (2013). Validação de duas escalas de avaliação de risco de úlceras de pressão em utentes chineses da UCI. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 145–150. <https://doi.org/10.12707/ririi12146>
- Ming, L., Qin, G., Haobin, Y., & Fong, P. (2012). Systematic review of pressure ulcer risk assessment scales for using in ICU patients. *Chinese Nursing Research*, 26(1A), 1–4.
- Monteiro, O. (2020). *Risco de Úlcera por Pressão na Pessoa em Situação Crítica em Unidades de Cuidados Intensivos—Validação da Escala CALCULATE*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2555>
- Morais, J. (2015). *Fatores Determinantes de Úlceras de Pressão na Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1452>
- Nunes de Sousa, J. E., Pereira, L. M., Sousa, B. C., Landim, J. K., Silva, A., Bastos, A., Santiago, R., & Oliveira, F. B. (2023). Escalas Utilizadas para Mensurar o Risco de Lesão Por Pressão Em Pacientes Hospitalizados: Uma Revisão. *Enfermagem Atual in Derme*, 97(2), 1–15. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1573>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated

guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Pancorbo-Hidalgo, P., García-Fernández, F., Ágreda, J., & Martínez-Cuervo, F. (2008). Pressure ulcers risk assessment: Clinical practice in Spain and a meta-analysis of scales effectiveness. *Gerokomos*, *19*(2), 40–54.
- Picoito, R. J. D. B. R., Lapuente, S. M. M. P. D. C., Ramos, A. C. P., Rabiais, I. C. M., Deodato, S. J., & Nunes, E. M. G. T. (2023). Risk assessment instruments for pressure ulcer in adults in critical situation: A scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *31*, 1-15 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6659.3984>
- Saibertová, S., & Pokorná, A. (2017). Possibilities of evaluation of psychometric properties of scales for assessment of the risk of pressure lesions at selected intensive care workplaces—A pilot study. *Ceska a Slovenska Neurologie a Neurochirurgie*, *80*, 36-40. <https://doi.org/10.14735/amcsnn2017S36>
- Šáteková, L., & Žiaková, K. (2014). Validity of Pressure Ulcer Risk Assessment Scales: Review. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, *5*(2), 85–92.
- Seongsook, J., Ihnsook, J., & Younghee, L. (2004). Validity of pressure ulcer risk assessment scales; Cubbin and Jackson, Braden, and Douglas scale. *International Journal of Nursing Studies*, *41*(2), 199–204. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(03\)00135-4](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(03)00135-4)
- Sousa, B. (2013). Translation, adaptation, and validation of the Sunderland Scale and the Cubbin & Jackson Revised Scale in Portuguese. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *25*(2), 106–114. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130021>
- Wei, M., Wu, L., Chen, Y., Fu, Q., Chen, W., & Yang, D. (2020). Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care: A Meta-Analysis. *Nursing in Critical Care*, *25*(3), 165–170. <https://doi.org/10.1111/nicc.12500>
- Zhang, Y., Zhuang, Y., Shen, J., Chen, X., Wen, Q., Jiang, Q., & Lao, Y. (2021). Value of pressure injury assessment scales for patients in the intensive care unit: Systematic review and diagnostic test accuracy meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, *64*, 1-10 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.103009>

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Certificado de apresentação do e-poster “*Polydimethylsiloxane effectiveness on incontinence-associated dermatitis prevention: A systematic literature review*”  
apresentado na 29<sup>a</sup> Conferência da *EWMA*, na Suécia.



## CERTIFICATE

**This is to prove that Rui Pedro Gomes Pereira**

**has displayed the e-poster:**

*Polydimethylsiloxane effectiveness on incontinence-associated dermatitis prevention: A systematic literature review*

Authors: Rui Pereira, Ana Cristina Neves, Ana João Barbosa, Diana Amaral, Sofia Fernandes, Joao Caine

**at the 29<sup>th</sup> Conference of the European Wound Management Association.**

**Gothenburg, Sweden, 5-7 June 2019,**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alberto Piaggese'.

**Alberto Piaggese  
President, EWMA**

## **ANEXO II**

Certificado do prémio da Bolsa Fundação URGO 2022 – Bolsa Iniciativa



Lisboa, 16 de novembro de 2023

Declaramos que a exma. Ana João Barbosa Alves com o número de cartão de cidadão 14-377833 foi a vencedora da Bolsa Iniciativa, com o trabalho com o título "Programa de formação em feridas baseado no formulário de monitorização de feridas em serviço". Bolsa esta promovida pela Fundação Urgo com o intuito de criar um programa de formação especializada e integrada de equipas.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Elisabete Gonçalves", written over a horizontal dashed line.

Elisabete Gonçalves

Diretora de vendas e market access da Urgo Medical Portugal

### **ANEXO III**

Certificado de palestrante convidada – aula de Investigação do Curso de Especialização em Viabilidade Tecidual e Cuidados à Pessoa com Ferida da Escola Superior de Saúde de uma Universidade do Norte do país

universidade de

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que **Ana Barbosa Alves** apresentou um seminário, subordinado ao tema, "Programa de formação em feridas", no âmbito da unidade curricular de Intervenção avançada em feridas, do Curso de Especialização em Viabilidade Tecidual e Cuidados à Pessoa com Ferida, da Escola Superior de Saúde da Universidade de [REDACTED] no dia 1 de abril de 2023, com a duração de uma horas.

[REDACTED] 26 de junho de 2023

O Diretor da Escola Superior de Saúde



Prof. Doutor Rui Jorge Dias Costa

#### **ANEXO IV**

Certificado de apresentação do Poster “Escala de *Cubbin-Jackson* vs Escala de *Braden* para Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: *Scoping Review*” no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

## CERTIFICADO

Certifica-se que Ana João Barbosa, apresentou o Póster n.º 29 com o tema "Escala de Cubbin-Jackson VS Escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão no doente crítico: Scoping Review", em coautoria com Pedro Correia; Patrícia Pontífice Sousa no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, realizado no dia 24 de novembro de 2023, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP  
  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Associada



**ANEXO V**


Certificado de membro da comissão organizadora do VI Seminário Internacional do  
Mestrado em Enfermagem - Conhecimento Especializado de Enfermagem para a  
Fraternidade Social

## VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

### CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Mestrando(a)<sup>1</sup> **Ana João Barbosa Alves**, integrou a Comissão Organizadora e participou no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP  
  
Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*  
Professora Associada



<sup>1</sup> Mestrado em Enfermagem (área Enfermagem Médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica – 1º semestre | 2º ano 23/2024)  
Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal