



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ENQUANTO SER HOLÍSTICO: PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

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

Por

Ana Filipa Horta Antunes

Porto, março de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ENQUANTO SER HOLÍSTICO:
PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS
EM ENFERMAGEM**

***THE PERSON IN A CRITICAL SITUATION WHILE HOLISTIC BEING:
PROCESS OF ACQUISITION OF SPECIALIZED NURSING SKILLS***

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

Por

Ana Filipa Horta Antunes

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto, março de 2022

RESUMO

O presente relatório, desenvolvido com base numa metodologia expositiva, descritiva e reflexiva, surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Tem como objetivo expor o percurso pessoal durante o estágio final, realizado num Serviço de Medicina Intensiva e num Serviço de Urgências de um Centro Hospitalar do Norte do país, descrevendo e refletindo as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

Após a introdução, o segundo capítulo é dedicado às aprendizagens adquiridas ainda no primeiro ano do curso em contexto extra-hospitalar, que serviram de base diferenciadora para os restantes estágios. No terceiro capítulo começamos por contextualizar os diferentes locais de estágio e, posteriormente, analisamos criticamente as competências adquiridas em cada domínio de competências do Enfermeiro Especialista. Em cada subcapítulo descrevemos as atividades desenvolvidas e que permitiram a concretização dos objetivos específicos em cada serviço. Por fim, realizámos uma reflexão global do percurso, apresentada na conclusão.

Todas as atividades foram desenvolvidas numa perspetiva de otimizar os cuidados à pessoa em situação crítica de forma holística e humanizadora. Para tal, destacamos a realização de um artigo de reflexão crítica sobre a privacidade da pessoa na Sala de Emergência, e o desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura sobre úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos assim como a concretização de um protocolo de intervenções sobre o mesmo tema.

Durante todo o percurso desenvolvemos e aprimoramos competências na interação com a pessoa em situação crítica e a sua família, demonstrando uma prática profissional, ética e legal; no domínio da qualidade, participando em programas de melhoria contínua dos respetivos serviços; na gestão dos cuidados dos recursos e dos cuidados de enfermagem, prevenindo possíveis complicações inerentes à situação clínica de cada pessoa e, no desenvolvimento de aprendizagens profissionais, baseando os cuidados diferenciados em evidência científica.

Concluimos, assim, que este foi um percurso rico em experiências, que permitiram adquirir competências técnicas e humanas, com o desenvolvimento de uma prática de cuidar holística e integradora à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Humanização dos Cuidados, Pessoa em Situação Crítica

ABSTRACT

This essay, based on an expository, descriptive and reflective methodology, was developed as part of the “Final Internship and Report” Module, which integrates the 14th Master’s Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing – Critically ill person, from the Universidade Católica Portuguesa of Porto. It aims to expose the personal journey during the final placement, carried out at the Intensive Care Unit and Emergency Department of a Regional Hospital in the North of the country, describing and reflecting on the activities developed for competency acquisition as a Specialized Nurse in the area of Critical Care.

After the introduction, the second chapter is dedicated to the acquired learning in the first year, which occurred in pre-hospital context, which served as a differentiating basis for the remaining placements. In the third chapter, we start by contextualizing the different placement settings and, afterwards, we appraise the acquired skills in each competency domain of the Specialist Nurse. In each subchapter, we describe the activities developed which enabled the achievement of specific objectives in each service. Lastly, we carried out a reflection of the placement experience in the summary section.

All activities were developed with the aim of optimizing the care of the critically ill person, in an holistic and humanized way. In that respect, we highlight the development of a critical reflection piece about patient’s privacy in the Emergency Room, and a literature review on pressure ulcers associated with medical devices, and the subsequent implementation of an intervention protocol.

Throughout the course, we developed and refined skills in interacting with the critically ill person and their family, demonstrating professional, ethical and legal practice; in the domain of quality, by being part of continuous improvement programs of the respective services; in the nursing care and care resources management domain, by preventing possible complications inherent to each person’s clinical situation and, in the development of professional learning, basing individualized care on scientific evidence.

We conclude that this was an enriching experience, which allowed the acquisition of technical and personal skills, with the development of an holistic and integrative care practice for the critically ill person.

Keywords: Specialist Nurse, Humanization of Care, Critically Ill person

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia, pelo incansável apoio e colaboração, pela força, perseverança e coragem que sempre transmitiu. Pela palavra certa, pela amizade e calor humano que tornou este caminho possível.

Aos tutores e enfermeiros chefe, pela partilha de conhecimentos e experiências, pela dedicação à minha aprendizagem e pelas recomendações que me permitiram crescer a nível profissional.

Aos Amigos, os de sempre e os que a vida me trouxe, pela compreensão nos períodos de ausência, pela paciência e pelo amor, por festejaram cada vitória minha como se fosse vossa.

À minha Irmã, pelo colo, pelos desabafos, pelos conselhos e por ser o meu pilar de vida, sempre.

À minha Afilhada, que me mostrou uma nova forma de amar, que é o meu maior conforto.

À minha Mãe, pelo amor incondicional, por sempre me incentivar a ser melhor, e pelo colo em dias cinzentos.

Ao meu Pai, por todo o amor e respeito que sempre me transmite, pelo orgulho demonstrado em cada vitória minha.

Em último, e o mais importante, a ti, Vô. Pela inspiração que foste em vida, pelo orgulho desmedido e por nunca deixares de acreditar em mim! Por me ensinares que um simples gesto pode significar tudo, e que a Saudade continua a ser sinónimo de Amor. É por Ti, e para Ti!

A todos, o meu mais sincero,

Obrigada!

Este sucesso também é Vosso!

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

GPT – Grupo Português de Triagem

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IRA – Insuficiência Renal Aguda

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PTM – Protocolo de Triagem de Manchester

RIH – Reanimação Intra-Hospitalar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

TISS-28 - *Therapeutic Intervention Scoring System*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UP – Úlceras por Pressão

UPADM – Úlceras por Pressão associadas a Dispositivos Médicos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: O INÍCIO.....	19
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	23
3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	25
3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	37
3.3. Domínio da Gestão de Cuidados.....	47
3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	52
4. CONCLUSÃO.....	65
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
6. APÊNDICES.....	77
Apêndice I – “A Privacidade da Pessoa em Situação Crítica na Sala de Emergência: Reflexão Crítica”.....	79
Apêndice II – “Intervenções de Enfermagem inerentes à Prevenção de Úlceras por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos em Unidades de Cuidados Intensivos: Revisão Integrativa da Literatura”.....	93
Apêndice III – “Úlceras por Pressão associadas a Dispositivos Médicos – <i>Bundle</i> de Prevenção”.....	113

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se na unidade curricular Estágio Final e Relatório, inserida no 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa – Porto, e sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019) preconiza, ao enfermeiro especialista (EE) reconhecem-se competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados diferenciados e especializados na sua área. Assim, e com o propósito de adquirir competências na área da pessoa em situação crítica (PSC), o estágio decorreu nos contextos de urgência e de cuidados intensivos, num total de 360 horas divididas equitativamente entre os serviços. Ambos estão integrados num Centro Hospitalar do Norte do país, sendo que o estágio no Serviço de Medicina Intensiva decorreu entre os dias 6 de setembro e 27 de outubro de 2021, enquanto que o estágio no Serviço de Urgência foi realizado entre 28 de outubro e 18 de dezembro de 2021. Este relatório pretende dar visibilidade aos processos de aprendizagem adquiridos e às atividades desenvolvidas para a aquisição de competências, no total deste período.

Atualmente, e com o aumento da complexidade dos cuidados de Enfermagem, a especialização numa determinada área torna-se uma realidade necessária à profissão (OE, 2018). Assim, e tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida da pessoa doente, a especialidade na área da PSC permite uma prestação de cuidados altamente qualificada, com resposta às necessidades individuais e prevenção de complicações, assegurando intervenções precisas, concretas e eficientes (OE, 2019). Para que tal seja possível, o enfermeiro tem de se manter atualizado, baseando as suas práticas em evidência científica que, aliadas a cuidados individualizados e humanizados, promovem a segurança do doente e permitem a melhoria da qualidade dos cuidados.

Considerando a gravidade e a complexidade da situação, a PSC é, por si só, uma pessoa fragilizada, com a sua dignidade, integridade e autonomia comprometidas. No desenvolvimento das suas competências, o EE deve prestar cuidados à PSC de forma holística, tendo também em conta as vertentes

psicológicas, familiares e sociais do doente. E é, neste sentido, que surge o título do presente relatório “A Pessoa em Situação Crítica enquanto Ser Holístico: Aquisição de Competências Especializadas em Enfermagem”. Ao longo do relatório, a pessoa em situação crítica pode, também, estar identificada como doente crítico.

O percurso para o desenvolvimento destas competências foi iniciado com o estágio do segundo semestre do primeiro ano do curso, inserida na unidade curricular “A PSC em Família – Vigilância e Decisão Clínica”, realizada em meio extra-hospitalar, onde a assistência em diferentes ocorrências permitiu o desenvolvimento pessoal enquanto Enfermeira Especialista (EE). Para além da resposta rápida e eficiente que os próprios meios exigem, foi ainda possível aprofundar conhecimentos sobre a comunicação com a PSC, a sua importância e técnicas comunicacionais que permitem o desenvolvimento de uma relação de confiança.

Já no terceiro semestre, e na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, a escolha dos estágios está diretamente relacionada com a vontade de adquirir conhecimentos diferenciados na área. Estando os locais de estágio integrados num Centro Hospitalar do Norte do país que, pela grande área geográfica que abrange, permite a interação com uma imensa variedade de pessoas em situação crítica, possibilitando também a intervenção em doentes com falência multiorgânica, com necessidade de cuidados complexos e de medidas extremas para a manutenção da vida. Assim, escolhi dois serviços que se realçam pela excelência da prática clínica, conhecendo e promovendo a aplicação de protocolos e normas institucionais, assim como o olhar para a pessoa em situação crítica como um todo, refletindo sobre a importância da satisfação das suas necessidades individuais.

A elaboração deste documento teve por base uma metodologia expositiva, descritiva e reflexiva, recorrendo ao plano de estudos da unidade curricular, ao projeto de estágio desenvolvido previamente, aos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros sobre as competências dos EE e à pesquisa bibliográfica das mais recentes evidências científicas sobre as temáticas de interesse pessoal e que, no fundo, demonstra todo o caminho percorrido para a especialização na área da PSC. De forma a que seja facilmente compreendido, o relatório foi estruturado cronologicamente, dividido em 6 capítulos: a introdução, um capítulo dedicado

às aprendizagens adquiridas em meio extra-hospitalar e intitulado “Aquisição de Competências: o Início”, um outro capítulo para análise das competências adquiridas na presente unidade curricular, estando este subdividido pelos quatro domínios de competências do EE, a conclusão, bibliografia e, por fim, os apêndices, que incluem todos os trabalhos desenvolvidos em contexto de estágio, e que não só permitiram a aquisição de conhecimentos na área de investigação, como ajudaram no desenvolvimento de aptidões de EE.

Assim, o atual relatório tem como objetivos:

- Expor o percurso realizado para a aquisição de conhecimentos diferenciados;
- Explicar os objetivos específicos propostos, e analisar o processo de concretização dos mesmos, através de atividades desenvolvidas em estágio;
- Fundamentar a prática desenvolvida baseada na evidência científica, aliando os conhecimentos técnicos com os conhecimentos teóricos e humanos;
- Refletir, de forma crítica, sobre as competências adquiridas.

O presente documento orienta-se pelas normas bibliográficas da *American Psychological Association (APA)*, 7^a edição, e redigido segundo o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: O INÍCIO

O percurso para a aquisição de competências como Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica (EEMC) iniciou-se na unidade curricular “A PSC e Família: vigilância e decisão clínica”, realizada em meios de emergência extra-hospitalar e dividida em dois meios essenciais: Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e Ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV). Esta experiência desenvolveu-se em contexto de estágio, que se revelou bastante enriquecedor, não só pelas experiências vivenciadas como também pelos conhecimentos obtidos e aprimorados durante este período. Com este capítulo pretendo, de forma resumida, justificar o motivo da escolha deste estágio, e descrever as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição de competências do EE, e que foram aplicadas e aperfeiçoadas nos estágios seguintes.

O extra-hospitalar sempre foi uma área de bastante interesse e curiosidade pela importância que os cuidados diferenciados e antecipados adquirem na estabilização do doente crítico e, assim, na prevenção de complicações associadas. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel primordial. Sendo, muitas vezes, o elemento mais diferenciado no local da ocorrência, é sobre o enfermeiro que recai a responsabilidade de avaliação e decisão imediata (Oliveira & Martins, 2013) tendo o dever de, ao mesmo tempo, transmitir uma sensação de segurança, quer à pessoa em situação crítica quer à sua família.

Uma das características que define a qualidade dos cuidados de enfermagem é a comunicação com o doente (Campos, 2017) e, no extra-hospitalar, esta assume especial importância pelo impacto que terá na(s) vítima(s). Estas encontram-se numa situação inesperada e, muitas vezes, assustadora, provocando elevados níveis de ansiedade e *stress*. Contudo, a prioridade dos profissionais presentes na ocorrência é o controlo da situação e a estabilização do doente, o que compromete a comunicação ficando, muitas vezes, delegada para segundo plano.

Pereira (2014) afirma que a comunicação, quando utilizada de forma terapêutica, diminui o *stress* psicológico. Neste sentido, surge o conceito de comunicação terapêutica, que se define como um método consciente e deliberado, utilizado pelos enfermeiros que, ao adotar um sentimento de

empatia, valoriza e compreende o doente, ajudando-o a confiar nos profissionais de saúde e, assim, responder às necessidades individuais da pessoa (Mendes et. al, 2020).

Em contexto extra-hospitalar, a implementação deste método enquanto cuidado diferenciado permite que o enfermeiro consiga compreender, objetivamente, as queixas/necessidades da vítima e responder de forma adequada, demonstrando ao doente que ele é importante e que é ele o objetivo dos cuidados. Cria-se, assim, uma relação de confiança e transmite-se uma sensação de segurança, o que permite ao enfermeiro controlar e gerir o impacto do *stress* na pessoa em situação crítica e, assim, otimizar os cuidados prestados.

Durante o período de estágio, verificámos que esta era uma fragilidade dos profissionais dos meios e que comprometia a qualidade das intervenções. De forma a colmatar esta necessidade, realizámos uma sessão de formação, aberta a todos os profissionais que quisessem estar presentes, intitulada “Os Benefícios da Comunicação no Extra-Hospitalar”. O principal objetivo desta sessão foi identificar expressões que poderiam causar desconforto à vítima e sugerir frases que as poderiam substituir, de forma a conseguir otimizar a comunicação enfermeiro-doente crítico e, desta forma, prestar cuidados de qualidade. Esta foi, também, uma dificuldade pessoal, que começou a ser superada com a realização deste trabalho, e com todas as experiências vividas durante o estágio. Ao longo da realização desta apresentação, a aplicabilidade das técnicas de comunicação nos meios extra-hospitalares tornou-se uma realidade diária e objetivamos, efetivamente, que uma comunicação eficaz permite o crescimento de uma relação de confiança mais rápida e, conseqüentemente, uma otimização imediata dos cuidados. O desenvolvimento de competências neste campo foi de extrema importância, não só no percurso de EE, mas também na prática profissional e diária.

Durante as 180 horas que integraram o estágio no extra-hospitalar, foram diversas as oportunidades de colaborar ativamente na abordagem e nos cuidados à PSC, o que permitiu o desenvolvimento de competências do EE na PSC, nomeadamente:

- Tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;
- Desenvolvimento e otimização de práticas de qualidade;

- Prestação de cuidados holísticos à pessoa e família a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colaboração nos cuidados à pessoa em situação crítica, antecipando e prevenindo complicações inerentes ao seu estado;
- Suporte da prática clínica em evidência científica.

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

As doenças crónicas que agudizam ou aquelas que iniciam subitamente, os acidentes complexos e catástrofes naturais são situações que podem colocar em risco imediato as suas vítimas e a falência das funções vitais, o que implica risco de vida imediato. O aumento exponencial de todos estes casos justifica a formação de profissionais de enfermagem nesta área, de forma a que os cuidados prestados nestas situações sejam cada vez mais diferenciados, e implementados em contextos extra e intra-hospitalar, tanto ao doente crítico, como à sua família (OE, 2018). Para uma prestação de cuidados de enfermagem seguros e eficazes, justifica-se, portanto, a importância da especialização destes profissionais na área da pessoa em situação crítica.

A realização do estágio final, tanto no SMI como no SU, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos na área da investigação, de forma a otimizar uma prática baseada na evidência, assim como a aquisição de competências diferenciadas de EE na pessoa em situação crítica.

Neste capítulo, começaremos por fazer uma breve descrição de cada local de estágio para, posteriormente, refletirmos sobre as atividades, os objetivos e as competências adquiridas.

O primeiro período de estágio decorreu no **Serviço de Medicina Intensiva (SMI)** que, sendo uma área diferenciada, previne, diagnostica e trata situações de doença aguda, com falência eminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, mas potencialmente reversíveis (Paiva et. al, 2017). O SMI onde decorreu o estágio tem capacidade para 16 doentes, encontrando-se em obras de reorganização estrutural e funcional estando, neste momento e com perspetiva no futuro, de uma fusão com unidades de nível I/II, ou seja, com uma variedade de doentes críticos que incluem aqueles que estão em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão, até àqueles que, efetivamente, precisam de equipas multidisciplinares polivalentes, e totalmente funcionais e diferenciadas.

A nível estrutural, é considerada uma unidade aberta, com um total de 16 camas, distribuídas por duas salas e um quarto de isolamento. Ambas as salas têm uma central de vigilância, onde os enfermeiros fazem os seus registos, e que permitem o contacto visual com os doentes e, assim, a possibilidade de

vigilância constante. Sendo um serviço polivalente, cada unidade do doente está planeada para a realização de monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva. Estão assegurados, portanto, cuidados diferenciados pelos enfermeiros durante as 24 horas, e que são distribuídos pela enfermeira chefe tendo em consideração a área de especialização de cada profissional com as necessidades individuais de cada doente.

O segundo período de estágio foi realizado no **Serviço de Urgência (SU)** polivalente, ou seja, existe uma prestação de cuidados nas mais diversas áreas médicas. Por este mesmo motivo, o serviço está dividido, estruturalmente, em áreas médicas e cirúrgicas, para onde são encaminhados os doentes consoante as queixas iniciais, registadas na triagem.

O Serviço de Urgência em questão desenvolveu, em contexto da pandemia COVID-19, um posto de triagem avançada, assegurado por um enfermeiro, cujo principal objetivo é triar, precocemente, doentes em risco de estarem infetados por SARS-COV-2. Assim, quando o doente chega à urgência, é imediatamente abordado por um enfermeiro, de forma a compreender quais os motivos que o levam ao SU, encaminhando-o para a urgência geral ou para a área COVID.

Na urgência geral, e na central de triagem estão dois enfermeiros que, individualmente, avaliam a gravidade da situação e das queixas, encaminhando o doente para a respetiva área. De forma resumida, os espaços estão divididos em duas áreas de foro médico, uma zona para doentes cirúrgicos/orto-traumas ligeiros, psiquiatria, sala de emergência e uma área gerida exclusivamente pelos enfermeiros, onde os doentes estão estáveis e sem necessidade de monitorização estando, na sua maioria, a aguardar vaga em internamento ou transporte para o domicílio.

Quanto à equipa de enfermagem, o enfermeiro chefe distribuiu os elementos por equipas equitativas, de forma a que cada equipa tenha EE e peritos, equilibrando com elementos mais novos no serviço e/ou enfermeiros generalistas. Cada equipa tem um enfermeiro coordenador, que é especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Todos os elementos da equipa em trabalho estão distribuídos consoante a diferenciação dos cuidados a prestar: as áreas de doentes complexos, críticos ou em risco iminente de instabilidade, têm EE como responsáveis, que gerem e coordenam a área de forma à prestação de cuidados diferenciados e de qualidade.

Segundo o Regulamento da OE 140/2019, a atribuição do título de Especialista inclui a aquisição de um conjunto de competências inerentes a domínios comuns de todas as áreas de especialidade, assim como competências específicas na área da respetiva especialização, tornando-o capaz de dar uma resposta adequada às necessidades da PSC, nos diferentes contextos.

Assim, o estágio iniciou-se com a realização de um projeto de estágio, onde foram definidos objetivos individuais e específicos a serem atingidos. Para tal, foram também desenvolvidas atividades em cada contexto de estágio, com vista a dar resposta às necessidades do doente crítico e da sua família. Neste capítulo iremos expor quer os objetivos atingidos quer as atividades realizadas, fundamentando com evidência científica, e que permitiram a aquisição de competências diferenciadas de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica.

O presente capítulo está dividido em quatro subcapítulos, um por cada domínio de competências de EE, e apresentados por ordem cronológica. De forma a ajudar no enquadramento de cada tema abordado, os objetivos atingidos serão destacados em itálico. Para cada objetivo, irão ser analisadas as atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio, de forma crítica, estando este último destacado a negrito. No fim de cada subcapítulo, estarão evidenciadas as competências adquiridas.

3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo o Regulamento 140/2019, o EE tem a função de garantir a prestação de cuidados seguros, considerando sempre a vontade e as preferências do doente, e tendo por base decisões éticas e deontológicas. No sentido ético, este é também um dever do enfermeiro, conforme enuncia o artigo 99º, ponto 1 do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE): “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Neste sentido, enquadrámos o seguinte objetivo específico:

Prestar cuidados especializados, humanizados e de qualidade, à pessoa em situação crítica e sua família

Na área da saúde, a humanização dos cuidados implica que os profissionais desenvolvam competências cognitivas, afetivas e sociais que o permitam cuidar da PSC de uma perspectiva holística. Ou seja, o profissional de saúde deve respeitar a PSC, tentando dar resposta às suas necessidades físicas, mentais e emocionais. Esta diferenciação de cuidados, quando aplicada, contribui não só para a melhoria dos cuidados prestados, como também para a promoção da qualidade da saúde dos doentes (Suazo et. al, 2020).

Os profissionais associam o conceito de humanização a uma prestação de cuidados direcionada para os doentes, atendendo às suas necessidades de uma forma holística. Já da ótica dos doentes, cuidados humanizados implicam uma resposta rápida, mas atenta às suas próprias necessidades, com capacidades comunicacionais diferenciadas. O artigo de Ferreira & Artmann (2018) corrobora as afirmações dos autores supracitados: o objetivo do estudo foi discutir a humanização dos cuidados sob a perspectiva de profissionais de saúde e dos utilizadores dos serviços em que se destaca que a atenção dada por todos os profissionais e o interesse em solucionar os seus problemas, são indicadores claros de cuidados de qualidade e humanizados.

A privacidade é uma das questões mais importantes nos princípios da humanização dos cuidados (Eyni et. al, 2017). Contudo, o conceito de privacidade é multidimensional, na medida em que pode ser objetivado como a intromissão de terceiros nos seus cuidados e nas suas tomadas de decisão, como em relação à privacidade do espaço físico e a reserva da informação pessoal (Eyni et. al, 2017).

Em Portugal, o direito à reserva da intimidade da vida privada está consagrado na Constituição da República Portuguesa, no ponto 1 do artigo 26º, onde “a todos são reconhecidos os direitos (...) à reserva da intimidade da vida privada e familiar”. Isto significa que todos os cidadãos têm direito ao respeito pela sua vida privada e à reserva da mesma, pela proteção dos dados pessoais (Carvalho & Lopes, 2019). Na área da saúde, isto transpõe-se na política da proteção de dados, que protege todas as pessoas do acesso de terceiros a informações individuais, e da transmissão das mesmas sem o seu

consentimento, conforme o artigo 3º da Lei nº12/2005 – Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde.

Quanto à privacidade física a que a PSC tem direito, esta implica a proteção do seu corpo e da sua imagem em todo o processo de cuidar, com especial atenção para a exposição corporal e/ou, aquando da prestação de cuidados, a presença física de elementos não essenciais (Eyni et. al, 2017). A invasão do espaço pessoal do doente fere a dignidade do mesmo e, portanto, a privacidade é indispensável para a manutenção da sua individualidade (Pupulim & Sawada, 2002).

A pessoa em situação crítica, por definição, vivencia experiências que, a curto prazo, colocam a sua vida em risco. Por isso, todos os cuidados acabam por ser direcionados à manutenção das suas funções vitais, relegando para segundo plano as necessidades e a privacidade da PSC. O artigo 107º do CDE, alínea b), preconiza como um dever do enfermeiro a salvaguarda da privacidade e da intimidade da pessoa doente, em todos os momentos desde que o enfermeiro assume a responsabilidade pela pessoa.

Um dos aspetos pertinentes no respeito pela privacidade é a interação entre os profissionais e a PSC, de forma a estabelecer uma relação de confiança através de uma comunicação eficaz, e de atitudes e expressões durante os cuidados, capazes de transmitir uma sensação de segurança. (Bettinelli et al., 2010).

Sendo o enfermeiro o profissional em contato constante com a pessoa, é impossível não refletir sobre as suas condutas no sentido de resguardar a privacidade física do doente. Ações primárias passam pelo uso de biombos, cobrir partes do corpo que não precisam de estar expostas e, aquando da presença de familiares que não os cuidadores, solicitar a ausência dos mesmos para a prestação de cuidados que, de alguma forma, podem deixar a PSC desconfortável. Esta tentativa de proteção é encarada, pelo doente, com um gesto de respeito e de humanização (Pupulim & Sawada, 2002). Segundo Bettinelli et. al (2010), investir numa relação de cortesia e confiança com a PSC traduz-se nos cuidados, despertando neles sentimentos de compreensão, apreço, respeito e dignidade.

O **SMI**, sendo uma unidade aberta para possibilitar uma maior vigilância de todas as pessoas em situação crítica, a privacidade está automaticamente

comprometida, pois todos os doentes, quando conscientes, têm uma percepção total do serviço e de todos os indivíduos ali internados.

No local de estágio, o respeito pela privacidade é sempre uma atenção básica praticada por todos os enfermeiros: aquando da prestação de cuidados, seja nos cuidados de higiene, em posicionamentos ou em intervenções mais invasivas (por exemplo, a realização de uma traqueostomia), foram sempre colocados biombos entre cada unidade individual. Durante a minha permanência no SMI, todas estas intervenções foram tidas em conta aquando da prestação de qualquer cuidado à PSC. Aquando da presença de um familiar, tentamos sempre compreender o grau de envolvimento do mesmo nos cuidados anteriores ao internamento, ponderando sobre o real benefício da sua presença para o doente, privilegiando a vontade e conforto do mesmo.

No **SU**, a privacidade do doente está claramente comprometida: caracterizado por serem espaços abertos e comuns a várias pessoas, recebem também um elevado fluxo de doentes diariamente e, por isso, o espaço individual de cada um acaba por ficar condicionado. Aquando da prestação de cuidados, também conseguimos verificar isto mesmo, quer da ótica do doente, quer da ótica do profissional: por exemplo, quando precisamos de colher amostras de sangue para análise, quando informamos a pessoa do seu estado de saúde, ou até mesmo quando, num doente mais dependente, precisamos de prestar cuidados de higiene, muito dificilmente o conseguimos fazer sem outros utentes terem a percepção do que se passa, mesmo que o façamos num gabinete atrás de cortinas.

Já a Sala de Emergência (SE) de um SU é uma área individualizada do serviço de urgência, onde só entram pessoas em estado crítico e que precisam de cuidados emergentes na perspetiva *life saving*, ou seja, usar todos os recursos necessários, humanos e técnicos, com o objetivo único e comum de salvar a vida da pessoa em situação crítica. Assim, pode pensar-se que, no que concerne ao respeito pela privacidade e pela dignidade humana, estes direitos estão automaticamente assegurados. Mas tal não se verifica, já que a SE, sendo uma área que aborda inúmeros focos de falência orgânica, implica que profissionais de diversas especialidades tenham acesso aberto e ilimitado ao espaço. Assumindo que, quanto mais grave for o estado clínico do doente maior é a diferenciação de profissionais ativados, isto significa que, apesar da sala ser

isolada do restante serviço de urgência, na prática acaba por ser um ponto de passagem para inúmeros profissionais, o que compromete a privacidade e a dignidade da PSC. É certo que, nestes espaços, os doentes precisam de uma vigilância constante, mas não nos devemos esquecer, em momento algum, que a privacidade é um dos princípios humanitários mais importante, e o seu respeito demonstra uma prática de qualidade, sendo imperatória a sua promoção nas Salas de Emergência, devendo, portanto, fazer-se valer perante qualquer perspectiva de organização e prestação de cuidados.

Enquanto EE, com um juízo crítico diferenciado e conhecimentos avançados, o dever de promover a dignidade e a privacidade da PSC é ainda maior, tomando como objetivo a humanização dos cuidados e, portanto, contribuir para que a prática de enfermagem não se centre apenas nos conhecimentos técnicos, unindo o saber-fazer com o saber-ser (Guimarães & Dourado, 2013). Tendo em consideração estes fatos, desenvolvemos um artigo de reflexão intitulado “A Privacidade da Pessoa em Situação Crítica na Sala de Emergência: Reflexão Crítica” (Apêndice I). Este documento foi desenvolvido na perspectiva de fazer uma reflexão mais profunda sobre a temática, que nos apoiasse na prática clínica e na defesa da privacidade da PSC que, apesar de ser um doente com critérios de gravidade clínica, não deixa de ser um cidadão, com direitos e necessidades que devem ser respeitadas, mesmo na SE.

A privacidade é, portanto, uma necessidade individual e um direito do ser humano, sendo imprescindível para a conservação da sua dignidade. O enfermeiro tem o dever de respeitar e fazer cumprir este direito, e adotar uma postura de respeito à individualidade da pessoa podem reduzir, assim, o *stress* induzido pela própria condição física, otimizando a sua recuperação física, e minimizar os sentimentos negativos inerentes à sua situação clínica.

Em ambos os locais de estágio, o respeito pelo espaço e pelas necessidades da PSC, estando esta consciente ou sedada, sempre foi um cuidado que procurei manter, com o objetivo de transmitir um ambiente seguro e confortável. Não só para a prestação de cuidados de qualidade e dignos, mas também para promover uma relação de confiança e tranquilidade e, assim, melhorar o seu estado geral, preservando a sua intimidade e privacidade. Denotamos ainda, ao longo deste período, que este é um cuidado diário e diferenciado do EE, tendo

ele um papel preponderante face à restante equipa multidisciplinar, e até aos enfermeiros generalistas, no respeito pelo espaço privado do doente crítico.

Outra das características dos cuidados humanizados é a capacidade comunicacional dos profissionais de saúde.

O conceito de comunicação é entendido como a troca de informações, pensamentos ou ideias através da linguagem verbal ou não verbal, caracterizada pela presença de gestos e/ou do toque. Uma comunicação eficaz preconiza-se como uma mensagem transmitida e recebida de forma clara (Anderson, 2019). Na saúde, a comunicação apresenta-se como uma forma de humanização dos cuidados, na medida em que, quando eficaz, aumenta o grau de proximidade entre o profissional e o doente (Mendes et. al, 2020).

Quando se aborda a comunicação entre o enfermeiro e a PSC, enquanto ferramenta humanizadora dos cuidados, destacam-se duas vantagens importantes, a elaboração da prática centrada no doente e o cumprimento ético e clínico do cuidado (Mendes et. al, 2020). Contudo, estas vantagens só são viáveis quando a prática for centrada na PSC enquanto ser holístico, contrariamente à centralização da gestão de sintomas e à realização de tarefas de forma automática, desumanizando o próprio doente (Ali, 2017).

Os principais desafios num processo comunicacional são, então, o tom de voz utilizado e as palavras seleccionadas, a garantia de que o doente compreendeu, realmente, a mensagem, a capacidade de o ouvir e de lhe dar total liberdade e à-vontade para expor as suas dúvidas, tal como a necessidade de informar a pessoa de forma honesta, respeitosa e digna (Anderson, 2019). Assim, um processo de comunicação só pode ser eficaz se o profissional se colocar no papel da PSC, e tentar compreender como iria reagir à mensagem transmitida e quais as palavras tranquilizadoras que mais se enquadram na situação (Ali, 2017). Quando o enfermeiro consegue adotar este sentimento de empatia, a comunicação torna-se, de certa forma, terapêutica, pois o doente sente-se valorizado e compreendido, o que o ajuda a sentir-se seguro e a confiar nos profissionais (Mendes et. al, 2020).

Na PSC, todos estes processos comunicacionais podem estar comprometidos pela necessidade de sedação e/ou dispositivos médicos que

exigem um nível de consciência baixo. Nestes casos, a comunicação requer competências e conhecimentos específicos, paciência, perseverança e comprometimento por parte do profissional (Baid et. al, 2016).

Baid et. al (2016) assumem que, muitos doentes críticos sedados e com baixos níveis de consciência são, contudo, capazes de ouvir, compreender e responder emocionalmente ao que lhes é dito ou ao que ouvem. Se a mensagem é transmitida da forma errada, ou se há comentários desadequados e/ou sobre a sua situação clínica, esta pode ser interpretada erradamente e ser geradora de *stress* o que, na prática diária, se transpõe para o seu estado geral. Assim, os mesmos autores descrevem que os enfermeiros podem e devem desenvolver competências especializadas na comunicação não verbal, tais como o uso de gestos, de expressões faciais ou do toque.

A comunicação não-verbal é, como o próprio nome indica, a capacidade de comunicar com o outro sem usar palavras, e pode ser aplicada através de gestos, expressões faciais, do toque, do olhar ou até da postura corporal (Richardson & Keeling, 2021), assim como da linguagem paraverbal com o uso dos sons ou até do tom da voz quando falamos (Silva, 2012). Segundo Silva (2013), no desenvolvimento de uma qualquer relação, a comunicação verbal não existe isoladamente, tendo sempre de ser acompanhada pela forma como nos exprimimos, quer pelos silêncios, pela ênfase que se coloca na voz e/ou até pelo ritmo da nossa voz. Na área da saúde, e da enfermagem em específico, verifica-se que, quando as pessoas se sentem ansiosas, estas estão mais atentas a todos os fatores não verbais da comunicação na medida em que qualquer informação retirada pode diminuir o seu desconforto.

Com a PSC, a comunicação não-verbal é mais do que uma técnica diferenciada; é uma experiência sensorial que, para o doente, possibilita um tipo especial de proximidade, confortando-o (Roxo, 2008). Por exemplo, olhar para a pessoa significa que o enfermeiro a está a ouvir e/ou atento a possíveis expressões faciais que transmitam ao profissional as necessidades sentidas; expressões faciais, como o sorriso, demonstram interesse (Richardson & Keeling, 2021).

Assim, a comunicação terapêutica é aquela que envolve a componente verbal e não-verbal, permitindo uma perceção holística da PSC, na medida em que analisando os comportamentos da pessoa doente, conseguimos prestar

cuidados individualizados, satisfazendo as necessidades pessoais de cada um (Silva, 2013).

Em ambos os locais de estágio, as competências comunicacionais foram encaradas como uma necessidade real a fortalecer, uma vez que já tinham sido desenvolvidas no estágio em contexto extra-hospitalar. Neste sentido, procurei sempre abordar os doentes num tom calmo e confiante, apresentando-me e demonstrando disponibilidade para colmatar as suas necessidades.

O **SMI**, sendo um serviço onde as pessoas, regra geral, estão vários dias internadas, tornou-se bastante gratificante acompanhar a sua evolução clínica, aplicando técnicas de comunicação verbais e não-verbais: as trocas de informações através da linguagem permitiram-nos compreender os seus receios e as suas angústias, as suas esperanças e vitórias diárias. Das habilidades não-verbais, a mais utilizada foi, sem dúvida, o toque. Os enfermeiros utilizam-no na medida em que o toque transmite ideias e emoções: quando os doentes estão agitados, desconfortáveis e/ou em sofrimento, o toque suaviza o momento, ajudando a pessoa a suportar e a ultrapassar melhor a situação em que se encontra (Roxo, 2008).

Aquando da existência do toque, a pessoa procura encontrar a afetividade e respeito correspondentes por estarmos a ultrapassar o seu espaço pessoal (Silva, 2013). Assim, o toque associado à linguagem paraverbal, ao silêncio e à expressão facial, permitiu transmitir tranquilidade e uma presença consoladora. Neste aspeto, perceber o impacto que o toque tem nos doentes sedo-analgésicos é espantoso. Vivenciámos, em alguns momentos, o poder do toque em situações de taquicardias e *delirium*, tendo a plena sensação de que, através deste gesto, o subconsciente da PSC assumia que estava seguro e, portanto, todas as alterações experienciadas ou sentidas revertiam.

No **SU**, e sendo este um local que pressupõe uma rápida resposta clínica, a comunicação foi, maioritariamente, utilizada em situações de gestão de *stress* e ansiedade associadas aos tempos de espera. A colocação do tom de voz, a assertividade das respostas que sempre foram honestas, foram as grandes capacidades trabalhadas. Na Sala de Emergência, conseguimos desenvolver competências não-verbais da comunicação e, aqui, tendo cuidado de muitos doentes conscientes e com necessidade de ventilação não-invasiva, o toque, o olhar e a postura foram essenciais no controlo do medo e da ansiedade do

doente crítico. Aliámos, essencialmente, técnicas de comunicação verbal, não-verbal e paraverbal, na medida em que tentamos acalmar o doente através da linguagem, do tom de voz, da postura, do olhar e do toque.

A vivência do processo de doença afeta todo o núcleo familiar e, assim, é fundamental que a família seja envolvida no processo de cuidar, não só como um recurso de apoio para a equipa, mas também sejam eles próprios vistos como alvo de cuidados (Cabete et. al, 2019). Contudo, no contexto da pessoa em situação crítica, o cuidado é muito centrado na perspetiva de *life saving* numa dicotomia tão própria de vida/morte, o que significa que, muitas vezes, as necessidades reais da família são delegadas para segundo plano ou acabam por ser desconhecidas (Fernandes & Silva, 2016; Cabete et. al, 2019).

Cuidar da pessoa em situação crítica e da sua família requer, portanto, o desenvolvimento de competências comportamentais e relacionais, e que irão colmatar as suas carências. À semelhança da PSC, a família vivencia sentimentos de incerteza, medo, angústia e ansiedade (Cabete et. al, 2019) e, sendo este um trabalho multidisciplinar, torna-se pertinente que todos os profissionais tenham conhecimento dos cuidados que são prestados à família, de forma a que exista coerência nas intervenções e, assim, seja estabelecida uma relação de confiança com a mesma (Baid et. al, 2016).

A transmissão de informação, o sentir-se apoiado, a esperança, o conforto e a segurança são as necessidades mais identificadas pelas famílias dos doentes críticos (Baid et. al, 2016; Fernandes & Silva, 2016; Cabete et. al, 2019; Pinho, 2020).

A transmissão de informação clínica é, na maioria das vezes, associada à equipa médica e, do enfermeiro, a família espera informações sobre tratamentos, cuidados diários e qual poderá ser o seu envolvimento nesses mesmos momentos (Pinho, 2020). A informação transmitida tem de ser clara e honesta, direcionada ao estado do doente e a estratégias de cuidados, podendo estes dados ser complementados com o esclarecimento de dúvidas, utilizando sempre uma linguagem apropriada (Baid et al., 2016).

A nível emocional, a família deve ser apoiada tanto perto do doente, como longe dele, permitindo a expressão de sentimentos e manutenção de uma esperança que, apesar de ser reconfortante, tem de ser realista. Envolver as

famílias nos cuidados não técnicos pode, de certa forma, ajudar na tranquilização da PSC promovendo, então, uma sensação de segurança e conforto mútuo (Baid et al., 2016; Cabete et. al, 2019).

Assim, e assumindo a família como a entidade que melhor conhece o doente e tudo o que lhe é inerente (hábitos, necessidades e medos), esta constitui-se como o elo de ligação primordial entre a equipa de enfermagem e a pessoa doente, assumindo um papel extremamente importante no processo de saúde-doença (Fernandes & Silva, 2016).

Contudo, a transmissão de informações, quer à pessoa quer à sua família, pode ser um momento difícil e angustiante. Anderson (2019) relata que a comunicação de más notícias é difícil e desconfortável para ambos os intervenientes e, por isso, exige um ambiente mais privado e isolado dos restantes elementos inerentes ao serviço. Má notícia é definida como qualquer informação desagradável, e que envolva a mudança drástica da perspetiva do doente e/ou da família sobre o seu futuro ou o seu prognóstico de saúde (Fontes et. al, 2017). Para além da necessidade de um espaço físico mais privado, a transmissão de más notícias inclui, também, habilidades comunicacionais importantes, na medida em que as palavras têm de ser coerentes com o que a postura transmite, uma vez que o doente e/ou família nunca irão esquecer como essa comunicação foi estabelecida (Silva, 2012; Fontes et. al, 2017).

Logo, e assumindo que não existe uma forma única e correta de dar uma notícia difícil, alguns aspetos devem ser tidos em consideração, tais como a disponibilidade para estar presente, oferecendo atenção e ignorando interrupções externas e identificar o que a pessoa sabe e quer saber, adaptando a linguagem à pessoa que recebe a mensagem. A utilização de comunicação não-verbal e paraverbal também se torna pertinente, na medida em que o olhar, o tom de voz e a postura transmitem uma sensação de disponibilidade para ouvir e apoiar emocionalmente a pessoa e/ou a sua família (Silva, 2012).

O enfermeiro assume um papel importante na comunicação de más notícias: sendo o profissional que planeia e presta cuidados 24 sob 24 horas, tanto ao doente como à sua família, desenvolve uma relação de confiança que, neste aspeto, se torna pertinente pela necessidade de compreensão da mensagem por parte do doente e/ou família. O EE, enquanto profissional com competências diferenciadas, é uma presença importante na transmissão de más notícias, não

só pelas capacidades comunicacionais distintas, mas também pelos conhecimentos acrescidos sobre a situação clínica da pessoa, que poderão esclarecer dúvidas ou prestar suporte emocional preciso e honesto.

Aquando dos períodos de estágio, as visitas aos doentes no SMI e o acompanhamento familiar no SU estavam condicionados pelo contexto de pandemia em que se vive.

No **SMI**, as visitas eram realizadas em dias alternados, durante um curto período de tempo e condicionadas, por norma, a uma visita por doente. Contudo, a tentativa de envolver a família na otimização dos cuidados manteve-se através de contatos telefónicos, não só pela equipa médica, mas também pela equipa de enfermagem, estando este telefonema à responsabilidade do enfermeiro coordenador de turno. Nos dias em que as visitas eram presenciais, a equipa multidisciplinar organizava-se, de forma a que estivesse sempre o elemento de enfermagem responsável pela equipa e pela PSC, bem como o médico assistente, mostrando-se disponíveis para a transmissão de informações mais detalhadas, esclarecendo também o plano de cuidados para os dias seguintes.

Neste sentido, o meu contato com a família tentou sempre ser elucidativo, na medida em que, sendo enfermeira em contexto de estágio de especialidade, a transmissão de informações estava condicionada, mas prestei, sempre que as famílias assim o permitiam, apoio emocional, gerindo sentimentos como o medo e a angústia. O desespero dos pais, conjugues, irmãos ou filhos foi marcante, não só pela gravidade clínica de cada pessoa, mas, muitas vezes, pela não evolução do estado geral conforme expectável.

Uma situação específica que me permitiu prestar apoio emocional foi com a família de um jovem, positivo para a COVID-19 e em medidas invasivas de suporte de órgãos. Apesar de já ter sido informada previamente do estado do filho e como o iria encontrar, toda aquela imensidão de dispositivos e o estado geral do doente teve um impacto brutal na mãe. Nesse momento de extrema angústia, e após conferenciar com a enfermeira tutora, pedi à mãe que me acompanhasse até ao exterior da unidade, onde conversamos e, através do uso da comunicação verbal, não-verbal e paraverbal, foi possível acalmar e consolar a mãe, permitindo que, no restante tempo de visita, esta falasse com o filho e lhe demonstrasse todo o apoio e suporte que o mesmo precisava.

No **SU**, os acompanhantes familiares estavam presentes apenas na triagem sendo que, a partir dessa área, o doente era encaminhado para a área de observação correspondente enquanto o familiar esperava nas instalações exteriores do hospital. Os contatos eram feitos telefonicamente, quase sempre em três momentos diferentes: o primeiro, na perspectiva de perceber as queixas que motivaram a ida ao SU; o segundo, para dar informações relativas ao estado geral da pessoa e qual o plano de intervenções e, por fim, para dar conhecimento da alta clínica ou da necessidade de internamento.

Na SE, a visita de um familiar era permitida em todas as situações, desde que o doente se encontrasse suficientemente estável. Aqui, o ambiente de cuidados torna-se ainda mais assustador porque, para além do caos que a família observa, a nível emocional ainda é a sala em que o inconstante é uma realidade e onde o seu ente querido ainda se encontra em risco iminente de descompensação ou morte. No contato com estes familiares, procuramos sempre manter a calma, transmitir segurança e esperança na recuperação do doente, clarificar possíveis dúvidas e, acima de tudo, privilegiar a privacidade dos indivíduos. Esta foi, sem dúvida, a necessidade mais sentida por parte dos familiares na SE, pois o medo de aquela ser a última oportunidade de estarem juntos destacava-se perante um cenário de instabilidade.

O SU tem, ainda, um espaço denominado “Sala da Família” e que é maioritariamente utilizado para a transmissão de más notícias e, estando localizada em frente à Sala de Emergência, é usada também para a prestação de informações inerentes ao estado dos doentes que aqui entram. Nestes casos, as informações eram transmitidas pela equipa médica e, posteriormente, as famílias eram autorizadas a entrar na SE para estar com o doente, encontrando o enfermeiro disponível para qualquer esclarecimento sobre o estado clínico, e/ou para prestar apoio emocional.

Assim, os contactos com ambas as realidades permitiram o desenvolvimento de competências emocionais e comunicacionais importantes e, acima de tudo, compreender o papel que a família tem na diferenciação de cuidados especializados à PSC. Ao conhecermos a família, conhecemos o contexto social e pessoal em que o doente crítico vive sendo, por isso, uma mais valia para direcionar e prestar cuidados humanizados e holísticos.

Concluímos, portanto, que para a satisfação das competências do presente domínio foi necessária a aquisição de conhecimentos éticos e deontológicos, que permitissem melhores práticas de cuidados. Assim, as competências adquiridas, segundo o Regulamento da OE 140/2019 foram:

- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;
- Promove a proteção dos direitos humanos;
- Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do doente.

3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Em 2015, a Direção Geral da Saúde (DGS) define o conceito de qualidade em saúde como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos que, tendo em consideração os recursos disponíveis, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades dos doentes deixando-os, portanto, satisfeitos.

A melhoria da qualidade dos cuidados torna-se imperativa face aos constantes e contínuos desafios que se apresentam aos seus profissionais. Na enfermagem, a melhoria das práticas torna-se essencial para a promoção da qualidade quando é baseada em evidência e, para isso, é necessário que os enfermeiros tenham capacidade crítica e reflexiva sobre as suas intervenções (Rocha, 2020).

Na sequência do Regulamento da OE 140/2019, referente às competências comuns do EE, as competências propostas para o presente domínio incluem o desenvolvimento, a gestão e a colaboração do enfermeiro na melhoria contínua dos cuidados, culminando na criação de um ambiente terapêutico seguro. Assim, foram propostos os seguintes objetivos específicos para o presente domínio:

Objetivo 1: Colaborar ativamente com os elementos da equipa multidisciplinar nas intervenções desenvolvidas e nas decisões tomadas em prol do doente crítico

Trabalhar em equipa implica a existência de consenso, entre todos os profissionais, quanto aos objetivos e resultados a alcançar assim como à forma mais eficaz de os atingir (Santos et. al, 2016).

Tendo isto em consideração, assume-se que, nos cuidados à PSC, o trabalho em equipa torna-se essencial na medida em que não só melhora os cuidados prestados, como traz produtividade à equipa e a satisfação do doente, melhorando, também, o ambiente de trabalho. Assim, para a eficácia do trabalho em equipa, é exigido que exista um sentimento de respeito mútuo e reconhecimento de que todos os elementos são necessários para o sucesso dos cuidados (Baid et al., 2016).

Neste sentido, quando o trabalho em equipa se demonstra coeso, desde o planeamento até à execução, é possível afirmar que as intervenções e as decisões tomadas em equipa são eficientes, promovendo cuidados seguros à pessoa em situação crítica (Santos et. al, 2016).

A base para o sucesso das intervenções da equipa multidisciplinar é a comunicação e, portanto, a capacidade comunicacional dos profissionais demonstra-se, cada vez mais, uma característica importante na área da saúde. Os enfermeiros prestadores de cuidados à PSC interagem, frequentemente, com outros profissionais dentro da equipa multidisciplinar, o que exige habilidades comunicacionais avançadas (Baid et. al, 2016).

Assume-se que um processo de comunicação é eficaz quando há uma transmissão completa e exata da informação entre os diversos profissionais (Olinio et. al, 2019) e, sendo este um pilar essencial no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, é um dever de todos os enfermeiros assegurarem uma transmissão correta das informações ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular atenção para os momentos de transferência de responsabilidade e transição de cuidados (DGS, 2021).

Sabe-se que uma parte importante da informação transmitida entre os profissionais de enfermagem é feita nas passagens de turno, que é quando se dá, também, a transferência da responsabilidade dos cuidados. As passagens de turno são definidas, pela *Joint Commission on accreditation of Health Care* (2005), como um processo de passagem de informação entre os enfermeiros, cujo objetivo é a continuidade e segurança dos cuidados (Santos et al., 2010).

Para que tal ocorra de forma eficaz, é necessário que todos os intervenientes usem a mesma forma de transmissão de informação sendo que, em ambos os locais de estágio, a técnica ISBAR é a mais utilizada.

A ISBAR é uma ferramenta padronizada de comunicação em saúde, desenvolvida pela DGS, em 2017, que permite de forma simplificada, memorizar situações mais complexas que são importantes a transmitir entre equipa, e que se fundamenta pela identificação da pessoa, a sua situação clínica geral, os antecedentes pessoais relevantes, a avaliação da situação atual e qual o plano de ação adequado ao doente.

No **SMI**, as passagens de turno são sempre diferenciadas em dois momentos: o primeiro, em que o enfermeiro coordenador de um turno transmite toda a informação, de forma sucinta, relativamente a todos os doentes internados na unidade e, no segundo momento, em que a transmissão dos cuidados é feita de forma individual, e junto à unidade de cada doente para que o enfermeiro que está a receber o turno tenha uma perceção visual do estado geral da PSC. Em ambos os momentos, a técnica ISBAR está presente, o que permite, efetivamente, a transmissão detalhada, mas sucinta do plano de cuidados.

No **SU**, as passagens de turno são realizadas entre os elementos das áreas correspondentes, junto às *boxes* de macas e cadeirões onde os doentes se encontram, na perspetiva de interligar a informação recebida ao doente em causa. De forma geral, a técnica ISBAR é a mais utilizada em todas as áreas, mas, na Sala de Emergência, esta técnica ainda se torna mais pertinente, na medida em que, com informações detalhadas, podemos prever possíveis riscos e antecipar cuidados preventivos.

Em ambos os contextos de estágio, tive oportunidade, em diversos turnos, de integrar a dinâmica de uma equipa multidisciplinar, e participar na delineação dos planos de cuidados das PSC. Dentro da equipa de enfermagem, especificamente, por diversas vezes transmiti a informação ao colega. Tais atividades permitiram-me compreender melhor os cuidados que planeava e prestava, bem como a sua importância e, assim, ter a perceção de que, quando é aplicada uma técnica de comunicação comum a todos os elementos da equipa, a possibilidade de erro diminui consideravelmente, uma vez que todos usam a mesma linguagem.

Objetivo 2: Participar/Compreender projetos de melhoria da qualidade dos serviços

A avaliação regular dos serviços de saúde é necessária para a identificação de fragilidades e, assim, reconhecer oportunidades de melhoria. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo um processo complexo e dinâmico, deve ser, portanto, o eixo orientador da prática dos profissionais de saúde (Rocha, 2020).

Na enfermagem, as boas práticas dos cuidados podem implicar diretamente no estado clínico do doente e, por isso, estas têm de estar sustentadas em evidência científica, tornando-se imperativa a adoção de práticas baseadas na evidência. Para isso, o profissional de enfermagem tem de ter espírito crítico para identificar as fragilidades que precisam de ser colmatadas nas suas áreas de ação (Báo et. al, 2019).

No **SMI**, uma das características que se destaca é a imensidão de dispositivos médicos que rodeiam o doente, e que são essenciais no seu tratamento. Mas a presença destes dispositivos causa, muitas vezes, lesões na pele e nas mucosas das PSC comprometendo, assim, a qualidade dos cuidados, tendo sido este um aspeto que consideramos merecer a nossa atenção.

O PNSD estipulado para 2015-2020 inclui um capítulo direcionado à prevenção de úlceras por pressão nas instituições de saúde tornando-se, inclusive, um indicador de qualidade para cada instituição, sendo a sua prevenção um dos pontos de avaliação na melhoria contínua das práticas (DGS, 2015). O atual PNSD mantém as taxas de incidência, prevenção e tratamento das úlceras por pressão como fatores de avaliação da qualidade dos cuidados.

As úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos (UPADM) resultam do uso continuado de dispositivos de tratamento médico associados a fatores orgânicos que, na pessoa em situação crítica, são débeis, tais como a nutrição e a perfusão periférica. Nos SMI, as taxas de incidência desta tipologia de úlceras são elevadas, fato corroborado pelo estudo de Torres (2016), com uma amostra de 134 doentes internados numa UCI portuguesa, que demonstrou que 11,9% dos doentes desenvolveram úlceras por pressão (UP) durante o período de internamento. Também um estudo australiano de Johnson et. al (2017) mostra uma incidência de UP's de 27,9% numa amostra de 50 doentes, em que, destas, 68% se desenvolveram em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Torna-se, portanto, imperativo prevenir o aparecimento destas lesões, na perspectiva de melhoria dos cuidados prestados e da qualidade de saúde da PSC. Neste aspeto, os enfermeiros desempenham um papel extremamente importante uma vez que, sendo o profissional que mais tempo passa junto do doente, consegue implementar intervenções diárias que previnam UPADM. O EE assume especial relevância na medida em que, sendo portador de conhecimentos diferenciados, sensibiliza e capacita os outros profissionais da equipa multidisciplinar na implementação de medidas preventivas de UPADM promovendo, assim, a otimização e a qualidade dos cuidados prestados.

Sendo esta uma problemática atual dos cuidados intensivos, pareceu-nos pertinente fazer uma pesquisa aprofundada sobre o tema, partindo com a seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem que previnem úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos, numa Unidade de Cuidados Intensivos? Pretende-se, assim, identificar a taxa de incidência de UPADM nas Unidades de Cuidados Intensivos e compreender quais as intervenções de enfermagem que previnem o seu aparecimento.

Considerando os objetivos e a questão de investigação formulada, perspectivou-se um estudo de revisão integrativa da literatura (Apêndice II). Na área de enfermagem, estas revisões promovem uma prática baseada na evidência, na medida em que oferecem aos profissionais resultados relevantes e que fundamentam as suas tomadas de decisão e/ou intervenções, permitindo uma atualização do conhecimento e transferindo, para a prática clínica, cuidados de qualidade (Mendes et al., 2008).

Para a elaboração da presente revisão, foram definidos cinco descritores em ciências da saúde (DeCS), usados na frase booleana para pesquisa científica: *pressure ulcer* (lesão por pressão) AND *nursing care* (cuidados de enfermagem) AND *intensive care unit* (unidades de terapia intensiva) AND *medical devices* (dispositivos médicos) AND *incidence* (incidência). Posteriormente, foram selecionadas duas bases de dados para a pesquisa de artigos: a EBSCO Host e a PubMed. Como critérios de inclusão para a seleção dos documentos, foram abrangidos estudos originais e de texto integral, em português ou inglês e desenvolvidos desde 2015 até à data da presente revisão; foi definida esta janela temporal dado que, em 2015, foi aplicado o PNSD nas instituições de saúde portuguesas, que realça a importância da prevenção das UP's em cada

instituição. Foram excluídos todos os estudos que tinham como tema principal UCI pediátricas e/ou doente crítico pediátrico, unidades de neonatologia/recém-nascidos e cuidados intensivos maternos.

Após a recolha de informação, obtiveram-se no total 433 artigos. Posteriormente à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nas bases de dados, a amostra foi reduzida para 80 artigos para análise e, após leitura do título e/ou resumo dos artigos, foram excluídos 75 documentos, tendo sido analisados 5 estudos que, efetivamente, respondem à questão de investigação.

Analisados os artigos finais, conclui-se que as UPADM são um problema real e ainda recorrente nas UCI's, existindo já uma preocupação acrescida na sua prevenção por parte dos profissionais das unidades. Os estudos analisados são consensuais quanto às principais intervenções a desenvolver na prevenção de UPADM, tais como a escolha correta do dispositivo, o ajuste da sua fixação e o reposicionamento frequente do mesmo promovendo, assim, uma vigilância frequente da pele e mucosas o que leva, portanto, à identificação precoce de lesões. Verifica-se, ainda, que a aplicação de um conjunto de intervenções ou *bundle* é bastante eficaz, na medida em que serve de guia orientador para os enfermeiros nas práticas preventivas.

Uma *bundle* de cuidados é uma ferramenta simples e objetiva, onde se reúnem um conjunto de recomendações gerais sobre um determinado tema, e que ajudam a padronizar as práticas clínicas, para uma melhoria dos cuidados (Baid et. al, 2016).

Após a realização de alguns turnos no SMI, as UPADM destacaram-se como uma fragilidade no serviço e, em conversa com a enfermeira tutora e a enfermeira chefe, percebemos que este era um tópico pouco abordado entre a equipa multidisciplinar e sem qualquer protocolo interno definido. Podendo estas medidas preventivas serem adotadas de forma autónoma pelos enfermeiros, pareceu-nos pertinente abordar esta temática.

Assim, foi também realizada uma *Bundle* de Prevenção de Úlceras por Pressão associadas a Dispositivos Médicos para implementação no SMI, enquanto documento orientador para a prática diária de cuidados (Apêndice III). Este documento tinha como objetivos identificar a taxa de incidência de UPADM no SMI, enquanto local de estágio e, então, enumerar um conjunto de intervenções preventivas destas lesões, com base nos resultados obtidos da

revisão integrativa da literatura realizada previamente, tendo sido este estudo entregue à Enfermeira Chefe do serviço para análise e, após apresentação e parecer da restante equipa, ser implementada no serviço.

A recolha dos dados foi realizada com a ajuda da enfermeira chefe do SMI, e a janela temporal definida é a de 06/09/2021 e 20/10/2021, período correspondente ao estágio presencial. Neste intervalo, verifica-se uma incidência de 22,86% de UP's e, destas, 46% podem ser associadas a dispositivos médicos. Uma vez que os registos de enfermagem não identificam as lesões como UPADM, assumimos, após ponderação com a enfermeira tutora e a enfermeira chefe, que esta percentagem é referente à incidência de UPADM pelo local anatómico associado às UP's. Assim, o nariz é a zona com maior prevalência de UP's (33%), seguidos pelos lábios e pescoço, com uma percentagem equivalente a 25%. Todas as úlceras foram categorizadas por grau reduzido, moderado ou elevado, conforme o programa informático de registos preconiza, mas apenas as úlceras dos lábios foram identificadas como associadas a dispositivos médicos.

Considerando a curta janela de análise temporal e a dedução de que as úlceras identificadas podem estar diretamente relacionadas com dispositivos, conclui-se que a incidência de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos no SMI é significativa sendo, por isso, urgente atuar e otimizar os cuidados de enfermagem, de forma a prevenir o aparecimento das UPADM e, assim, promover o bem-estar geral da PSC. As medidas propostas incluem, para além da educação da equipa multidisciplinar, a reavaliação regular da necessidade do uso dos dispositivos, a avaliação da pele e das mucosas, a utilização de apósitos nas áreas de risco e o registo das úlceras sempre que estas sejam identificadas, diferenciando as UP's das UPADM, permitindo uma monitorização mais eficaz.

No **SU**, o enfermeiro chefe tem diversos grupos de trabalho, constituídos por enfermeiros, que em conjunto identificam oportunidades de melhoria e, posteriormente, desenvolvem trabalhos com vista à otimização dos cuidados prestados. O enfermeiro tutor, especialista em EMC, integra um grupo específico direcionado para a formação de novos elementos e auditorias no processo de triagem, tendo-me proporcionado diversas oportunidades de participar em momentos de trabalho.

Em Portugal, o artigo 12º do Despacho nº 10319/2014, onde se determina os níveis de responsabilidade dos SU, assim como os padrões mínimos para o seu funcionamento, incluindo o processo de monitorização e de avaliação de indicadores, prevê a implementação de sistemas de triagem de prioridades em todos os serviços de urgência, de forma a uniformizar os procedimentos entre profissionais de saúde e, assim, garantir cuidados mais adequados e de maior qualidade. Os protocolos de triagem têm como principal objetivo direcionar a assistência clínica para quem está numa situação de urgência e, assim, garantir que todos os recursos são usados de forma eficiente (Santos et. al, 2012).

Em 2015, o Ministério da Saúde emite o Despacho nº 1057/2015, que orienta todos os SU nacionais para a implementação do Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) nas suas instituições. Este sistema de triagem foi criado em 1994, com o objetivo específico de criar um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência quanto às normas de triagem, na medida da criação de uma linguagem comum e de uma metodologia sólida. Este método pressupõe que os profissionais identifiquem a queixa e, posteriormente, reconheçam, sucintamente, sinais e sintomas que fazem a discriminação entre cada nível de prioridade clínica (Grupo Português de Triagem (GPT), 2010).

A triagem é feita, então, à volta da queixa apresentada, ou seja, o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente que o motiva a procurar o serviço de urgência, o que leva o profissional a selecionar, de uma lista previamente estabelecida, a queixa principal. Ao fazer essa seleção, o profissional é encaminhado para um fluxograma de apresentação, que é ditado pela condição apresentada pela pessoa e que implica uma recolha de informações mais detalhada, através de um questionário já estabelecido pelo PTM. Posteriormente, são identificados os discriminadores de risco e, assim, determinada a prioridade clínica com a atribuição de uma pulseira (GPT, 2010).

O PTM abrange 5 pulseiras de cores diferentes, atribuídas pela gravidade clínica que programa de triagem identificou. Contudo, a triagem é um processo dinâmico e permutável, e sempre que, durante a sua permanência no SU, o doente apresente qualquer alteração na situação clínica, também a sua prioridade pode ser alterada (GPT, 2010).

Ao identificar a prioridade clínica, o doente é depois alocado na área de atendimento devida, podendo ainda ser aplicados, aquando da triagem,

protocolos de atuação, como a requisição de exames complementares de diagnóstico, e que tenham em vista a redução do tempo de permanência do SU e o apoio ao médico que realiza a primeira observação, dotando-o de elementos diferenciados que ajudem nas decisões clínicas subsequentes (Ministério da Saúde, 2015).

Segundo a DGS (2018), a triagem deve ser realizada por um médico e/ou enfermeiro. No presente local de estágio, a Triagem de Manchester é feita pelo enfermeiro, devendo este desenvolver competências diferenciadas na avaliação da pessoa, de forma a que seja tomada uma decisão rápida e precisa, e delegadas as tarefas apropriadas para o encaminhamento da pessoa à respetiva área (GPT, 2010), conforme os protocolos institucionais devem preconizar.

De forma a otimizar os resultados obtidos na instituição, o grupo de trabalho do **SU** que serviu de local de estágio promove, sempre que necessário, uma sessão de formação interna sobre a Triagem de Manchester. Esta formação é realizada numa perspetiva de integrar os novos elementos da equipa, dando a conhecer as áreas do SU e os protocolos de encaminhamento do doente após a sua triagem. Está previsto, segundo indicações internas do serviço, que o enfermeiro que integra a equipa não irá para a área de triagem sem esta formação básica acrescida à formação específica promovida pelo Grupo Português de Triagem. Posteriormente, estes novos elementos ainda são acompanhados, por um enfermeiro pertencente ao grupo de trabalho institucional que complementa, supervisiona e apoia o colega, durante os turnos considerados necessários para estes estarem aptos e se sentirem à vontade com os protocolos internos.

O enfermeiro da triagem é, quase sempre, o primeiro profissional que os doentes e família vêm aquando da chegada ao SU e, portanto, são também necessárias habilidades comunicacionais que permitam uma avaliação rápida, mas que confortem os doentes que, naquele momento, se encontram numa situação vulnerável, transmitindo informações corretas e claras (por exemplo, sobre os tempos de espera). Assim, é essencial que o enfermeiro tenha total conhecimento da organização onde trabalha e do seu funcionamento, de forma a filtrar o fluxo de doentes por áreas e, assim, controlar os tempos de espera (Acosta et. al, 2012).

Aquando do início do estágio no SU e, tal como já foi referido, pertencendo o enfermeiro tutor ao grupo de trabalho de triagem interno, tive a oportunidade de presenciar a formação de serviço aos elementos recentemente chegados. Compreendi, então, toda a dinâmica do serviço e da elevada complexidade e exigência a que os enfermeiros do SU estão sujeitos, na medida de gestão organizacional do serviço. Percebendo esta dinâmica, trabalhar nas mais diversas áreas da urgência torna-se mais fácil de desenvolver intervenções adaptadas aos doentes e à gravidade clínica dos mesmos. Na triagem, especificamente, a aptidão comunicacional clara e concisa, a capacidade de decisão rápida considerando todos os protocolos internos, e o encaminhamento correto do doente para a área foi, sem dúvida, uma aprendizagem importante para o percurso enquanto enfermeira especialista.

Todavia, o PTM é uma ferramenta eficaz na promoção da qualidade dos cuidados, na medida em que discrimina os doentes críticos e os de baixo risco e, assim, otimiza os cuidados prestados com as necessidades do doente (GPT, 2010). Para corroborar este pressuposto, torna-se necessário realizar auditorias que, conforme prevê o Despacho nº 1057/2015, todos os SU devem ser submetidos a auditorias internas mensais e, anualmente, a uma auditoria externa. Estas não passam de análises independentes com o objetivo de determinar se as atividades e os resultados referentes ao PTM satisfazem os requisitos estabelecidos pelo Grupo Português de Triagem e se estão, efetivamente, implementados (GPT, 2010).

No SU, as auditorias são, idealmente, mensais. Inicialmente, há uma colheita de dados de todas as triagens realizadas durante aquele mês, e associadas a todos os enfermeiros do serviço. O grupo reúne-se, e avalia cada triagem de forma individual, destacando as oportunidades de melhoria. Posteriormente, essas mesmas correções são enviadas via e-mail para cada enfermeiro, e exposta uma tabela com os resultados finais da auditoria. Desta forma, os profissionais têm uma janela de oportunidade importante para otimizar as suas capacidades de triagem.

O EE, enquanto detentor de um conhecimento específico em enfermagem e com um nível de julgamento clínico e de tomada de decisão diferenciados, torna-se um profissional de destaque no desenvolvimento de auditorias, enquanto indicadores de qualidade e de melhoria contínua dos cuidados.

Portanto, da perspectiva da aquisição de competências, a presença numa auditoria permitiu-me participar na gestão de risco institucional e compreender o papel do enfermeiro especialista enquanto promotor da melhoria da qualidade dos serviços, quer pelos conhecimentos acrescidos que apresenta nesta área de trabalho, quer pelo papel que desempenha, dentro da equipa de enfermagem e do próprio serviço, como impulsionador da qualidade de cuidados na profissão.

Assim, as competências adquiridas neste domínio foram:

- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;
- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Sendo o campo da gestão dos cuidados de enfermagem uma área de competência acrescida, ao EE compete gerir os cuidados, a equipa e os recursos, com vista à melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados (OE, 2019). Assim, definimos dois objetivos específicos para a aquisição de competências neste domínio.

Objetivo 1: Conhecer os processos de gestão dos cuidados da equipa de enfermagem

A gestão dos cuidados define-se como um sistema que tem em consideração a autonomia e a individualidade dos profissionais com o objetivo comum da prestação de cuidados de qualidade (Siewert et al, 2017). Segundo os mesmos autores, para o desenvolvimento de uma gestão completa de cuidados, o enfermeiro deve planear os materiais e recursos necessários para a sua tomada de decisão, considerando sempre as necessidades e segurança do doente.

No que diz respeito à PSC, a gestão e o planeamento dos cuidados é constantemente atualizada pelas necessidades imediatas e, por vezes, emergentes do próprio doente, o que exige, dos profissionais de enfermagem, uma capacidade de resposta e adaptação rápidas. Tal implica que, muitas vezes, o planeamento dos cuidados seja desenvolvido mentalmente, e de acordo com

os problemas e as necessidades da PSC, priorizando situações emergentes. Este planeamento deve basear-se numa abordagem holística, sendo o sucesso das intervenções efetivado com as respostas favoráveis por parte dos doentes.

No **SMI**, foram inúmeras as oportunidades de planear, em conjunto com a enfermeira tutora, os cuidados para cada doente. Os doentes do SMI são, por si só, pessoas que precisam de cuidados prolongados e, portanto, permanecem muito tempo internados naquela unidade. Contudo, são também doentes bastante instáveis, quer do ponto de vista hemodinâmico quer do ponto de vista orgânico e, por isso, todos os cuidados têm de ser planeados cuidadosamente, estando sempre preparadas para uma mudança repentina nas prioridades definidas.

Foram bastantes os turnos em que a enfermeira tutora tinha dois doentes críticos sob a sua responsabilidade, sendo também muitas as ocasiões em que, aquando da prestação de cuidados direta, havia um agravamento do estado geral de um deles e, portanto, todo o planeamento das atividades previamente estabelecidas tinha de ser reformulado. Tal exige uma capacidade de destreza mental, juízo crítico e decisão imediatas e assertivas, pois a vida da PSC depende destas capacidades reconhecendo que, no momento, é o melhor para os doentes sob a nossa responsabilidade.

Já no **SU**, e sendo este um serviço que se prevê que as pessoas permaneçam o mínimo tempo possível, a gestão dos cuidados em cada área acaba por ser feita, também, consoante a observação médica, numa perspetiva de trabalho interdisciplinar. Na Sala de Emergência, especificamente, a gestão dos cuidados é feita, à semelhança do SMI, consoante as necessidades imediatas dos doentes que ali dão entrada, desde a admissão, incluindo o transporte para exames, até à transferência final para os serviços de internamento.

Em alguns turnos que realizei em SE, acompanhei o enfermeiro tutor em saídas intra-hospitalares de Equipa de Reanimação Intra-Hospitalar (RIH). Esta valência é ativada pelos profissionais dos mais diversos serviços do hospital, aquando da existência de uma pessoa em situação crítica, e que precisa de cuidados diferenciados e imediatos. Em todos os casos foi possível observar de perto o papel de *team leader*, assumido por um elemento da equipa de

reanimação e, em algumas situações, pelo enfermeiro tutor, enquanto enfermeiro especialista em EMC.

Assumir o papel de *team leader*, em situações de emergência, implica não só uma capacidade de resposta imediata e conhecimentos sustentados na evidência que permitam, a curto prazo, restaurar as funções orgânicas da PSC, mas também competências acrescidas de gestão da equipa, comunicando clara e abertamente, resolvendo problemas e dando orientações para um trabalho em equipa eficaz permitindo, assim, o sucesso das intervenções (Mellick, 2009).

Em ambos os contextos de estágio desempenhei um papel ativo nos cuidados à PSC, orientada pelo *team leader* em situações emergentes, e/ou pelos enfermeiros tutores, ficando explícito o papel do EE em EMC na gestão de cuidados, permitindo, por várias vezes, a partilha, reflexão e discussão de casos e cuidados.

Objetivo 2: Conhecer os processos de gestão dos recursos humanos de cada serviço

A gestão de recursos humanos é uma função das chefias/gestores de cada serviço. Este é um trabalho diário, que inclui a coordenação das capacidades e dos conhecimentos de todos os enfermeiros da equipa, de forma a que sejam alcançados os objetivos estabelecidos, otimizando, portanto, a qualidade dos cuidados prestados (Fradique & Mendes, 2013). Segundo os mesmos autores, o enfermeiro chefe acaba por ser o elemento-chave enquanto líder da equipa, tendo o dever de manter a equipa motivada e, assim, sustentar o funcionamento eficaz do serviço.

Durante a permanência no **SMI**, tive a oportunidade de acompanhar a Enfermeira Chefe e compreender o planeamento da distribuição de doentes por enfermeiro, e da distribuição da equipa.

O nível de qualificação, a dotação adequada de enfermeiros e o perfil de competências individuais são aspetos fundamentais para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde e, para isso, devem ser utilizadas metodologias que permitam uma real adequação dos recursos humanos às necessidades de cuidados (OE, 2019). Assim, a OE emite o Regulamento nº 743/2019, em que expõe a norma para o cálculo das dotações seguras dos

cuidados de enfermagem, e que serve de apoio à gestão de recursos humanos em cada serviço.

Em 2019, a OE recomenda um rácio enfermeiro-doente de 1/1 nas unidades de cuidados intensivos nível III. Atualmente, existem diversos instrumentos que, consoante a gravidade clínica da pessoa, determinam a carga de trabalho de enfermagem e, portanto, servem também de guia orientador para uma correta distribuição de rácios enfermeiro-doente (Bernardino, 2020).

Como o **SMI** do presente estágio se encontra em reformulações estruturais e, já na altura, era considerado um serviço com doentes de nível II e nível III, o rácio enfermeiro-doente era de 1/2, sendo que os cuidados aos doentes mais complexos e instáveis está assegurado apenas por um enfermeiro que, por norma, é especialista em EMC na área da pessoa em situação crítica. Esta distribuição é feita consoante a avaliação da carga de trabalho de enfermagem e através da ferramenta *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)* -28. Este é um instrumento que permite estratificar a gravidade da doença com base na carga de trabalho de enfermagem que a PSC requiere, e é avaliada por 28 atividades de enfermagem, em que 1 ponto equivale a 10 minutos de trabalho (Bernardino, 2020). Esta escala é preenchida no turno da noite, e representa o trabalho que um enfermeiro é capaz de desenvolver em atividades diárias com a PSC auxiliando, assim, na distribuição de rácios enfermeiro-doente no SMI.

Durante o dia que acompanhei a Enfermeira Chefe, pude compreender o planeamento dos cuidados diretos à PSC, distribuídos da seguinte forma: 11 elementos no turno da manhã, um deles o coordenador de turno e o outro destacado apenas para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Nos dias úteis, acrescem ainda dois elementos: a Enfermeira Chefe que, sempre que necessário, entra na prestação direta de cuidados e uma enfermeira de apoio na gestão do serviço e dos recursos materiais do mesmo. Nos turnos da tarde e da noite estão destacados 10 enfermeiros, sendo que um deles é o coordenador de equipa que, sempre que necessário, assume a prestação de cuidados a algum doente. Em todos os turnos, o enfermeiro coordenador é, preferencialmente, um enfermeiro especialista que, para além das competências específicas da área de especialização, desempenha competências comuns de EE inerentes à gestão do turno e supervisão clínica.

Já no **SU**, e tendo em consideração o elevado número de profissionais de enfermagem do serviço, o Enfermeiro Chefe formulou equipas, cada uma com um enfermeiro coordenador, sendo este especialista em EMC. Assim, o enfermeiro chefe acaba por delegar, em cada turno, a gestão dos recursos humanos ao enfermeiro coordenador da equipa que está a trabalhar. Assim sendo, e apesar de não ter sido possível acompanhar a respetiva enfermeira coordenadora devido à elevada carga de trabalho, foi possível compreender, ao longo dos turnos, a forma como era feita a distribuição de enfermeiros pelas diversas áreas do SU, tendo em conta a carga de trabalho estimada em cada uma delas.

A OE (2019) preconiza que, num serviço de urgência, pelo menos metade da equipa em funções, durante as 24 horas, sejam especialistas em EMC na área da PSC e com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), que na Sala de Emergência estejam presentes enfermeiros especialistas na área supracitada, e a triagem esteja assegurada por um enfermeiro especialista em EMC na área do doente crítico, e com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades, cujo curso pretende elucidar os enfermeiros sobre o método de triagem e, assim, tornar os profissionais aptos para a utilização do sistema no quotidiano (GPT, 2010).

Sendo a equipa do SU bastante jovem, pude constatar, portanto, que a distribuição dos enfermeiros por áreas é feita tendo em consideração, não só o grau de especialização de cada elemento, como também o número de anos no serviço e o grau formativo, o que acarreta, automaticamente, outra experiência e capacidades de decisão diferenciadas. Tal como referido no início do presente capítulo, o SU foi reformulado em contexto de pandemia, sendo a grande alteração a integração de um posto de Triagem Avançada, assegurado apenas por um enfermeiro durante o período diurno; à noite, todos os doentes são triados na central de triagem. Sendo um hospital com um elevado fluxo de doentes, durante o dia, esta área é composta por dois enfermeiros com formação avançada em Sistema de Triagem de Prioridades e, pelo menos um deles, com especialidade em EMC; durante o período noturno, fica apenas um elemento especializado em EMC a assegurar a triagem.

Na área médica 01, sendo uma zona de doentes urgentes, estão 4 enfermeiros; na área médica 03/04, a área com maior número de doentes a

aguardar observação, mas também os considerados mais estáveis do ponto de vista hemodinâmico, está assegurada por 3 enfermeiros. A área médica 02 é gerida por 2 enfermeiros, sendo também 2 os profissionais que asseguram as áreas Cirúrgica/Orto-Traumatologia e a de doentes respiratórios, para onde são encaminhados todos os casos positivos ou suspeitos de COVID-19. A Psiquiatria tem o apoio de 1 enfermeiro, e a Sala de Emergência engloba 4 enfermeiros, um deles destacado para apoio à restante rede hospitalar enquanto equipa de RIH. A equipa da SE é constituída, pelo menos, por 2 enfermeiros séniores e especialistas em EMC na área da PSC tendo, muitas vezes, a responsabilidade de acompanhar e integrar elementos recentes do serviço.

Já o enfermeiro coordenador da equipa desempenha diversas funções durante o seu turno, nomeadamente a gestão de situações complexas na equipa, com os doentes e a sua família, a receção de estupefacientes, gestão do material clínico de cada área e, tal como referido anteriormente, a elaboração do plano de trabalho da sua equipa.

Assim, concluo que, como futura enfermeira especialista em EMC, ambos os locais de estágio me proporcionaram aprendizagens únicas e diferentes sobre a importância da gestão dos cuidados, da otimização das respostas e da equipa e da adequação dos recursos existentes às reais necessidades da PSC. Assumo, portanto, como competências adquiridas, tanto comuns do EE como específicas do EEMC na PSC, neste domínio:

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

3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O artigo 109º do CDE, “Da Excelência do Exercício” afirma que, ao longo da sua carreira profissional, o enfermeiro deve analisar regularmente o seu trabalho, procurando adequar os cuidados às necessidades individuais da

pessoa. Tal só é passível de se cumprir se existir uma atualização contínua dos conhecimentos, baseando a sua prática na evidência científica.

Para um enfermeiro se tornar especialista em EMC, tem de adquirir bases de conhecimentos especializados que lhe permitam prestar cuidados diferenciados e tomar decisões complexas, baseadas na evidência científica e suportadas pela investigação. Logo, os enfermeiros com competências de especialista melhoram a qualidade dos cuidados prestados e, assim, destacam os serviços e as instituições como sendo, também elas, de excelência.

Tendo em consideração os objetivos previamente traçados, propomos como objetivo específico para a aquisição de competências neste domínio:

Prestar cuidados holísticos e de qualidade à pessoa em situação crítica, demonstrando conhecimentos sobre problemas complexos, baseados em evidência científica recente.

Em contexto de **SMI**, adquirimos conhecimentos importantes sobre várias práticas diárias no serviço, como a ventilação mecânica invasiva, a promoção do sono, a sedo analgesia e controlo da dor e o *delirium* na PSC.

A ventilação mecânica é uma técnica utilizada quando o doente é incapaz de manter atividade ventilatória espontânea, precisando da ajuda de um ventilador para que o mecanismo de respirar seja eficaz. O seu objetivo é fornecer oxigénio e remover dióxido de carbono, de forma a manter o metabolismo próprio do doente (Miguel & Mendes, 2020; Bucci et. al, 2021).

A ventilação mecânica invasiva (VMI) é, portanto, uma forma de tratamento ventilatório artificial e é utilizada para os casos graves de insuficiência respiratória aguda. É uma técnica invasiva, realizada através da conexão do doente a um tubo endotraqueal ou a uma cânula de traqueostomia (Silva & Cruz, 2020; Miguel & Mendes, 2020).

Sendo esta uma realidade bastante frequente em Cuidados Intensivos e uma técnica de suporte avançado de vida assume-se, por si só, uma área de conhecimento elementar. Os doentes submetidos a VMI necessitam de cuidados contínuos e qualificados, e é da responsabilidade do enfermeiro prestar esses

mesmos cuidados, identificando e prevenindo problemas potenciadores de agravamento do estado geral (Silva & Cruz, 2020).

Algumas das complicações mais frequentes associadas à VMI estão relacionadas com o barotrauma, pneumotórax hipertensivo ou à pneumonia associada ao ventilador. Esta última identifica-se como um risco iminente de ocorrer, uma vez que a PSC apresenta um corpo estranho na via aérea que, por si só, impede mecanismos de defesa naturais das vias aéreas superiores. Está, por norma, associada à acumulação de secreções contaminadas acima do *cuff* do tubo endotraqueal ou da cânula de traqueostomia, ao refluxo gástrico, colonizando bactérias do estômago na orofaringe ou, até, às infeções cruzadas (Miguel & Mendes, 2020).

Todavia, todas estas intercorrências são passíveis de prevenir e, no SMI, e a par do que Silva & Cruz (2020), Miguel & Mendes (2020) e Bucci et. al, (2021) propõem, implementamos intervenções de enfermagem eficazes na sua prevenção. Esses cuidados passaram pela monitorização e supervisão do funcionamento do ventilador, otimização do posicionamento e da fixação do tubo endotraqueal ou da cânula de traqueostomia, manter a cabeceira do leito num ângulo igual ou superior a 30°, monitorizar a pressão do *cuff* em todos os turnos, mantendo-a entre os 20-30 cmH₂O e substituir o filtro hidrostático e o cachimbo diariamente. Quanto à prevenção da pneumonia associada ao ventilador, os cuidados de enfermagem mais eficientes na sua prevenção passam pela higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos três vezes por dia e aspirar secreções brônquicas da orofaringe e pelo tubo endotraqueal ou traqueostomia antes de baixar a cabeceira a cama, cuidados esses que também foram desenvolvidos em todos os turnos.

Um cuidado fundamental, enquanto equipa multidisciplinar, à pessoa ventilada, é a confirmação diária da necessidade de VMI, iniciando desmame ventilatório logo que seja possível. A ausência de suporte de aminas vasopressoras e de sedação, a presença do reflexo de tosse e de deglutição são características necessárias para se ponderar o desmame, que poderá levar à extubação (Miguel & Mendes, 2020). Neste aspeto, a participação do EE em EMC torna-se imperativa, na medida em que apresenta capacidades e competências diferenciadas para apoiar o desmame ventilatório, tal como avaliar diariamente a sua necessidade.

Desmame ventilatório refere-se, portanto, ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea (Silva & Cruz, 2020). Muitas são as consequências associadas a este procedimento, e estas incluem taquipneias acima dos 35 ciclos por minuto, dessaturação abaixo do limiar de 90%, alterações da frequência respiratória ou da tensão arterial, e quadros de agitação, ansiedade ou sudorese prolongados por mais de 5 minutos (Miguel & Mendes, 2020). Assim, é imperativo a presença de profissionais treinados e capacitados para responder a estas situações de forma imediata, prevenindo agravamentos clínicos (Silva & Cruz, 2020).

O sucesso do desmame ventilatório ocorre quando o doente se mantém sem necessidade de ser ventilado até às 48 horas seguintes após a retirada do suporte ventilatório (Miguel & Mendes, 2020). No período de estágio, e após consenso com a enfermeira tutora, assistimos num processo de desmame ventilatório que, no imediato, se demonstrou difícil pelo quadro de *delirium* inerente, mas que acabou por reverter com intervenções implementadas e diferenciadas, próprias do EE em EMC, tais como a otimização do ambiente e da comunicação, e a integração da família na perspetiva de conseguir acalmar e orientar a PSC no tempo e no espaço.

Assim, e durante o estágio no SMI, tivemos inúmeras oportunidades de avaliar e reconhecer necessidades ventilatórias da PSC, de aprimorar as aprendizagens em torno da prevenção da pneumonia associada ao ventilador e assistir na realização de uma traqueostomia. Todas foram experiências importantes para a aquisição de conhecimentos no campo de cuidados à PSC. Foi possível, acima de tudo, compreender que o papel do EE nos cuidados ao doente ventilado é fundamental, na medida em que planeia e coordena as intervenções tendo em conta as necessidades individuais da PSC, mas também está atento a possíveis complicações, prevenindo-as no imediato.

Outra aprendizagem relevante para o desenvolvimento de competências diferenciadas está relacionada com a promoção do sono na PSC.

O sono é uma necessidade biológica importante, quer para o bem-estar físico como emocional da pessoa. Doentes hospitalizados apresentam, diversas vezes, um compromisso da qualidade do sono, tanto pela dificuldade em adormecer, como pela diminuição do tempo de sono (Gandarinho, 2017). Assim,

doentes gravemente instáveis precisam de um sono de qualidade e ininterrupto, de forma a otimizar o seu estado geral com o rejuvenescimento do sistema imunitário. Contudo, estas são as pessoas mais sujeitas à privação de sono que, pela sua condição clínica já indutora de desconforto e *stress*, aliado ao próprio internamento em Cuidados Intensivos, estão também mais suscetíveis a ruídos e alterações da luminosidade (Baid et. al, 2016; Cruz et. al, 2020).

Dang-Vu et. al (2009) dividem o sono em dois padrões: o sono REM, associado a movimentos oculares rápidos num único estadio, e o sono NREM, composto por quatro estadios diferentes e sem movimentos oculares. Todos os estadios do sono ocorrem sequencial e ordenadamente durante a noite: cada ciclo do sono tem uma duração aproximada de 90 minutos, repetindo-se cinco a seis vezes e, ao longo da noite, a duração do sono NREM diminui enquanto o REM aumenta. Geralmente, o sono NREM concentra-se na primeira parte da noite, onde a atividade cerebral é mais baixa, prevalecendo o sono REM na segunda parte da noite, onde o cérebro já se encontra mais ativo. No entanto, o ciclo do sono pode ser comprometido por vários fatores, como a idade, a temperatura ambiente e/ou determinadas doenças.

Estar hospitalizado é um fator suficientemente perturbador do sono, tornando-se ainda mais pertinente quando a pessoa está internada em cuidados intensivos, cercado por dispositivos médicos, com limitação comunicacional e da perceção do dia/noite (Alves et. al, 2015). A curto prazo, esta privação do padrão normal do sono tem consequências para a PSC, conduzindo a disfunções fisiológicas e psicológicas importantes, como o risco de *delirium* aumentado, a fadiga respiratória e aumento do tempo de desmame ventilatório e, consequentemente, o número de dias de ventilação mecânica e de internamento nos Cuidados Intensivos (Baid et. al, 2016; Cruz et. al, 2020).

Alves et. al (2015) concluem, no seu estudo, que as principais causas de perturbação do sono de doentes internados em UCI estão diretamente relacionadas com o ambiente da unidade, ou seja, a presença de ruído, a luz e as interações pessoais imperativas na prestação de cuidados. Torna-se, portanto, imperativo que o enfermeiro, em especial o EE em EMC intervenha no sentido de promover um sono de qualidade à PSC, otimizando os fatores ambientais do serviço. Intervenções primárias passam pela redução do ruído e iluminação, a adoção de medidas de conforto e desenvolver apenas os

procedimentos clínicos extremamente necessários no período noturno (Baid et. al, 2016; Gandarinho, 2017; Cruz et. al, 2020).

Compreendendo que o sono é um fator importante para a qualidade e a humanização dos cuidados, durante o período de estágio, e em parceria com a enfermeira tutora, otimizamos o ambiente e promovemos intervenções para um sono noturno e de qualidade aos doentes internados. Esta necessidade foi, muitas vezes, identificada pelo aumento da frequência cardíaca sem nenhuma outra alteração associada, o que demonstra, por si só, que existe uma causa provocadora de desconforto.

A nível da redução do ruído, diminuámos o volume dos alarmes dos dispositivos médicos, reduzimos o tom de voz e limitamos as conversas, principalmente junto das unidades individuais dos doentes. Quanto à iluminação, apagamos as luzes da unidade, deixando apenas as de presença e, aquando da aproximação à PSC, limitamos a intensidade das luzes, acendendo apenas as extremamente necessárias para a prestação de cuidados. Já as medidas de conforto adotadas passaram pelo posicionamento do doente, a manutenção da temperatura adequada e gestão da dor.

A dor é uma experiência subjetiva, sendo um fenómeno complexo e que envolve componentes fisiológicas, psicológicas e emocionais, que acabam por ser agravadas pela ansiedade e pelo medo inerente ao estar doente (Baid et. al, 2016). Por este motivo, já em 2003 a DGS declara a dor como o quinto sinal vital, considerando a avaliação, mensuração e registo da intensidade da dor como norma de boa prática de cuidados e que deve ser implementada de forma contínua, na medida em que o seu controlo tem um impacto importante na qualidade de vida dos doentes.

A maioria das PSC tem dor, relacionada com a doença e com o motivo de internamento, que acaba por ser exacerbada com os vários procedimentos a que é submetida em contexto de Cuidados Intensivos e que, muitas vezes, condiciona a comunicação (Teixeira & Durão, 2016; Monte, 2020). Esta é uma experiência que exerce efeitos negativos consideráveis e que se repercutem no estado geral da pessoa, manifestando-se através de alterações do padrão de sono, agravamento do *delirium* ou aumento da resposta ao *stress*. Assim, a gestão e o controlo da dor na PSC é fundamental, podendo levar, efetivamente, à diminuição do risco de complicações, justificando-se, portanto, a necessidade

e a importância de ser avaliada e tratada atempadamente (Teixeira & Durão, 2016; Monte, 2020).

Grande parte dos doentes internados em Cuidados Intensivos são incapazes de fazer uma autoavaliação da dor, muitas vezes pela depressão do estado de consciência, induzida ou não (Monte, 2020). Nestas situações, os enfermeiros devem aplicar escalas comportamentais de avaliação da dor. São diversas as escalas existentes, mas tal como Teixeira & Durão (2016) referem, as escalas mais utilizadas em ambiente de Cuidados Intensivos são a *Behavioral Pain Scale* (BPS), *Behavioral Pain Assessment Scale* e *Critical-Care Pain Observation Tool*.

No SMI, são duas as escalas utilizadas para avaliação da dor: a BPS, quando o doente se encontra ventilado, e a Escala Numérica da Dor, quando o doente se encontra com estado de consciência compatível com a autoavaliação da dor. A BPS é uma escala que inclui 3 itens de avaliação comportamental: expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação ventilatória, em que uma avaliação de 12 valores revela um grau de dor máxima, e uma avaliação correspondente a 3 valores significa a ausência de dor naquele doente (Pinheiro & Marques, 2018).

Contudo, a gestão da dor envolve, para além da sua avaliação e monitorização, a implementação de intervenções para o seu tratamento. Intervenções interdependentes passam pela administração e otimização da analgesia, mas os enfermeiros devem, de forma autónoma, promover e prestar cuidados que aliviem a dor (Teixeira & Durão, 2016; Monte, 2020). Enquanto EE em EMC na área da PSC, e segundo o Regulamento nº 429/2018, este tem competência diferenciada na gestão da dor e do bem-estar do doente, otimizando respostas. Assim, o EE, enquanto elemento com competências diferenciadas, é responsável pela identificação de sinais fisiológicos e emocionais de dor na PSC, adequando as respostas às necessidades físicas e psicológicas da pessoa.

Durante o período de estágio, avaliamos a dor através das escalas respetivas e, quando apresentavam valores compatíveis com a presença da mesma, desenvolvemos intervenções tanto farmacológicas com a administração de analgesia, como não farmacológicas, nomeadamente a alternância de posicionamentos, a hidratação e massagem com creme corporal, a otimização da comunicação enquanto promotora de tranquilidade e controlo da ansiedade

e a melhoria do ambiente físico circundante, de forma a que o doente pudesse relaxar. Após a implementação destas intervenções no alívio da dor, torna-se pertinente avaliar a eficácia das mesmas e, no SMI, para além da vigilância de possíveis alterações hemodinâmicas preditoras de desconforto (como o aumento da frequência cardíaca), implementamos novamente as escalas de avaliação de dor em que, a diminuição de valor na avaliação da dor significava que os cuidados adotados foram, aparentemente, bem-sucedidos.

Foi ainda possível verificar que, à semelhança do que Pinheiro & Marques (2018) concluem no seu estudo, o aumento da frequência de avaliação da dor implica a diminuição de administração de analgésicos e sedativos na medida em que, quando implementadas atempadamente, as intervenções não farmacológicas acabam por se demonstrar bastante eficientes na gestão da dor.

Em Cuidados Intensivos, o *delirium* representa-se como uma complicação em cerca de 80% das pessoas internadas, sendo preditor de mau prognóstico para a PSC (Baid et. al, 2016; Vieira et. al, 2020; Bento & Sousa, 2021). É uma condição caracterizada por um início agudo, com flutuações do estado de consciência e em que o doente evidencia sinais de disfunção cerebral com compromisso da função cognitiva (Baid et. al, 2016; Vieira et. al, 2020).

Por norma, o *delirium* é uma condição multifatorial, e a PSC, por si só, apresenta inúmeros fatores de risco predisponentes ao desenvolvimento desta síndrome, como a idade, défices cognitivos prévios, historial de depressão, tabagismo, alcoolismo ou toxicod dependência. Em Cuidados Intensivos, os fatores precipitantes de um quadro de *delirium* passam pela necessidade de ventilação mecânica, o aumento dos marcadores inflamatórios, a doença severa e o isolamento que vivenciam (Vieira et. al, 2020).

Existem três subtipos principais de *delirium*: o hipoativo, que é caracterizado por um quadro de apatia e falta de resposta, o hiperativo, caracterizado pela inquietação, agitação psicomotora e instabilidade emocional, e o misto, que possui características dos tipos anteriores o que, na prática, se torna mais difícil de identificar (Baid et. al, 2016). Ao longo de um episódio de *delirium*, a pessoa pode alternar entre os diferentes subgrupos (Quaresma & Neto, 2019).

Na PSC, esta é uma das maiores causas de hiperatividade, aumentando o risco de auto remoção de dispositivos médicos, de quedas e de lesões, e que requerem um aumento da administração de antipsicóticos (Quaresma & Neto,

2019). Assim, a prevenção do *delirium* na PSC torna-se urgente, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para identificar atempadamente estes episódios, iniciando medidas não farmacológicas preventivas ou de gestão da síndrome (Bento & Sousa, 2021). Neste aspeto, o EE tem responsabilidade acrescida na criação e na manutenção de um ambiente seguro e terapêutico, que promova o controlo da ocorrência de *delirium* (Pereira et. al, 2016).

Na prática clínica, baseamos as nossas intervenções de prevenção nas sugestões do estudo das mesmas autoras, através da prestação de cuidados individualizados e holísticos a cada doente, do controlo ambiental do SMI, adotando medidas idênticas às promotoras do sono, do envolvimento da família, da orientação do doente quanto ao tempo, espaço e pessoa e estimulação cognitiva, lembrando o doente de conversas tidas previamente, incentivando-o a lembrar-se de aspetos importantes para o seu estado geral.

Uma situação específica de atuação decorreu com uma doente com um desmame ventilatório já por si difícil e prolongado e que, aquando da extubação, iniciou um quadro de *delirium* hiperativo, com agitação psicomotora constante, verborreia e episódios confusionais exacerbados. Numa tentativa de controlo e gestão do *delirium*, a intervenção mais aplicada foi a estimulação cognitiva, lembrando constantemente a doente do local onde se encontrava, o motivo de internamento e qual o plano de cuidados, tentando permanecer o máximo de tempo possível à cabeceira da mesma, quer para otimização da comunicação quer para gestão da agitação que, inevitavelmente, condicionava os cuidados e a permanência dos ainda necessários dispositivos médicos. Contudo, a intervenção que se revelou mais eficaz foi, sem dúvida, a presença da família que, após serem previamente alertados do estado geral, conseguiram acalmá-la evitando, portanto, um retrocesso nos seus cuidados e a necessidade, novamente, de sedação e possível VMI.

Um dos motivos transversais precipitantes de *delirium* a doentes internados em cuidados intensivos é a sedação (Vieira et. al, 2020). O uso destes fármacos em doentes críticos é justificado não só pelos tratamentos e procedimentos invasivos a que são sujeitos, mas também para tratar doenças subjacentes (convulsões, por exemplo), para tratamento paliativo ou para facilitar a tolerância à terapêutica, como a ventilação mecânica. A gestão das necessidades

fisiológicas do doente também são um fator importante para o uso da sedação, ou seja, para alívio da ansiedade e do desconforto, ou até para promoção de um sono tranquilo (Baid et. al, 2016; Monte, 2020).

Atualmente, a sedação da PSC deve ser evitada a não ser que haja indicações mandatórias para o seu uso. Sabe-se, hoje, que uma sedação profunda está diretamente relacionada com o aumento do tempo da ventilação mecânica, do período de internamento e até da mortalidade (Monte, 2020).

Contudo, e se o contexto clínico exigir que o doente tem de se manter continuamente sedado, é de extrema importância que o enfermeiro, enquanto gestor da medicação administrada, consiga nortear a sedação administrada segundo protocolos institucionais (Guttormson et. al, 2019). Neste aspeto, o EE possui conhecimentos diferenciados e avançados sobre as evidências mais recentes e que, na prática clínica, pode significar um ajuste do protocolo e da medicação.

No SMI, a gestão da analgesia da PSC é feita pelo enfermeiro responsável pela mesma, e segundo protocolos bem definidos. Durante o período de estágio, e após inúmeras reflexões com a enfermeira tutora, a gestão da sedação administrada ao doente foi sempre realizada de forma individual, e enquanto EE com conhecimentos aprofundados, ponderamos os riscos-benefícios inerentes à sedação naquele momento em específico. Compreendemos também que, em doentes em desmame de sedo-analgesia mais profunda, o risco de *delirium* aumentava consideravelmente, obrigando, por vezes, a um retrocesso do processo. Comunicar com o doente, compreender as suas necessidades, de forma a suprimi-las demonstrou-nos, na prática diária, bons resultados na medida do alívio do sofrimento da PSC, como preconiza o estudo de Guttormson et. al (2019).

Já no **SU**, as aprendizagens desenvolvidas e aprimoradas estão relacionadas com a área de trauma, e a abordagem ao doente politraumatizado.

Doentes traumatizados têm, muitas vezes, múltiplas lesões complexas, que precisam de cuidados especializados e multidisciplinares. A avaliação e o tratamento de doentes com trauma são complexos devido à natureza individual de cada lesão que, não detetadas e tratadas atempadamente, podem provocar uma rápida deterioração do estado geral e/ou evoluir para diversos tipos de

choque, como o choque hemorrágico ou hipovolémico, colocando em risco a vida do doente (Baid et. al, 2016).

Assim, torna-se essencial o envolvimento de profissionais de diversas áreas. Atualmente, as equipas de trauma estabelecidas num serviço de urgência incluem profissionais da área cirúrgica, médica e intensivista, facilitando a prestação de cuidados diferenciados de forma coordenada e contínua (Liu et. al, 2019).

Também o enfermeiro especialista possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, incluindo traumas e politraumas que, sendo cenários de maior complexidade, deve desenvolver competências diferenciadas que lhe permitam atuar, dentro da equipa de emergência, de forma autónoma e interdependente (Coimbra & Coimbra, 2020).

A abordagem ao doente politraumatizado desenvolve-se em duas etapas, ambas desenvolvidas em todos os contextos de cuidados, desde o extra-hospitalar até ao internamento, passando pelo serviço de urgência.

A avaliação primária tem como objetivo identificar e tratar as lesões que colocam o doente em risco de vida, e é desenvolvida segundo a abordagem ABCDE (Baid et. al, 2016; Coimbra & Coimbra, 2020).

Num doente politraumatizado, a primeira atitude consiste em assegurar a permeabilidade da via aérea, com controlo da cervical (A). Nestes doentes, deve sempre assumir-se lesão da cervical até prova em contrário. Aqui, o papel do enfermeiro passa por confirmar que a via aérea está desobstruída ou mantê-la permeável, principalmente em doentes com alterações do estado de consciência. Posteriormente, avaliar o pescoço, procurando enfisemas subcutâneos, tumefações ou feridas, desvio da traqueia ou turgescência da jugular, colocando colar cervical imediatamente após o término desta avaliação. Na ventilação (B), confirmar se há ventilação espontânea, observar possíveis assimetrias torácicas e/ou uso dos músculos acessórios no processo de respirar; administrar oxigénio para garantir saturações periféricas entre 94-98%. Assegurado o processo de ventilação, o enfermeiro avalia o pulso central do doente, por forma a ter uma visão geral da eficácia da circulação (C), em que se avalia o estado hemodinâmico do doente e, em caso de hemorragia externa, esta é controlada através da compressão manual direta. Depois de estabilizado

hemodinamicamente, faz-se uma avaliação neurológica sumária (D) onde, para além do estado de consciência, também se avaliam reflexos pupilares e se consideram causas reversíveis de alterações neurológicas, como as hipoglicemias. Por fim, é feita a exposição corporal (E), onde se despistam lesões cutâneas minor e se faz o controlo da dor através da administração de analgesia (Baid et. al, 2016; Coimbra & Coimbra, 2020).

A avaliação secundária surge na continuidade de cuidados, e consiste numa observação mais pormenorizada do doente, da cabeça aos pés e zona posterior do corpo. Aqui, o objetivo é identificar intervenções que reduzam a morbidade do doente, e recolher informações pertinentes, mantendo uma vigilância constante dos parâmetros vitais e do estado de consciência da pessoa, antecipando possíveis complicações (Coimbra & Coimbra, 2020).

Em contexto de estágio, o contato direto com doentes traumatizados ocorreu na área Cirúrgica/Ortopédica e, com a PSC, na Sala de Emergência com a interação de doentes politraumatizados. Prestamos cuidados utilizando, sempre, a metodologia ABCDE e, após discussão com o enfermeiro tutor, a abordagem ao doente traumatizado tornou-se, também ela, uma forma de humanizar os cuidados – a promoção da privacidade do doente, principalmente aquando da exposição corporal, através da colocação de biombos ou cortinas, o desenvolvimento de técnicas comunicacionais, que permitiram acalmar e confortar o doente e responder às suas necessidades, foram atividades desenvolvidas no SU, que nos permitiram compreender que o enfermeiro de urgência/emergência tem muitas mais competências do que a prestação direta de cuidados diferenciados, na perspetiva de abordar a pessoa como um todo, considerando não só as necessidades individuais, mas prestando também atenção à família enquanto estrutura funcional do indivíduo. Neste contexto, também a humanização dos cuidados é pertinente para uma prática diferenciada e de qualidade, e não deve ser esquecida.

Assim, assumimos como competências adquiridas neste domínio:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;
- Suporta a prática clínica em evidência científica.

4. CONCLUSÃO

Terminado o percurso da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, consideramos que os objetivos específicos a que nos propusemos, ao longo do estágio final, foram atingidos através do desenvolvimento de atividades. Esta foi uma experiência enriquecedora, tanto a nível pessoal como profissional, onde foi possível adquirir conhecimentos aprofundados sobre a PSC, otimizando saberes sobre a humanização e a excelência de cuidados, englobando as necessidades individuais do doente e da sua família como focos de intervenção.

Pareceu-nos pertinente contextualizar os locais de estágio, ambos num hospital central da região Norte, pelas suas especificidades e oportunidades de aprendizagem, que tanto influenciaram as competências adquiridas. Abordámos as atividades desenvolvidas de forma crítica e reflexiva, e que tornaram possível alcançar os objetivos específicos a que nos propusemos, organizando-os pelos quatro domínios comuns aos enfermeiros especialistas. Contudo, esta foi uma aprendizagem contínua, e que se iniciou na unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica em Família – Vigilância e Decisão Clínica”, descrita no primeiro capítulo do presente relatório.

Em suma, realizamos uma análise global do percurso, realçando os contributos e oportunidades de melhoria em cada campo de estágio.

No **SMI**, identificámos uma oportunidade de otimização de cuidados na área da melhoria contínua da qualidade, pelo que desenvolvemos um protocolo de intervenção baseado numa revisão integrativa da literatura. A análise da enfermeira tutora e a enfermeira chefe foi positiva, mas a implementação do protocolo no serviço ainda se encontra pendente pelas alterações organizacionais que a unidade está a sofrer e, por isso, o documento ficou na posse da enfermeira chefe para possível implementação a médio prazo. Neste domínio refletimos ainda sobre a importância do trabalho em equipa, concluindo que este tem um impacto bastante positivo na recuperação da PSC sendo, por isso, indispensável uma comunicação eficaz e uniforme entre todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Ainda no estágio do SMI, e após reflexões constantes com a enfermeira tutora, consideramos como principais competências adquiridas na área da

responsabilidade profissional, ética e legal, a reflexão sobre o respeito pela privacidade da PSC numa unidade aberta, e a importância do envolvimento da família, mesmo com todas as condicionantes inerentes à pandemia. Contribuímos ainda para a reflexão sobre a dignidade do doente crítico, como forma humanizadora dos cuidados, o que permitiu uma melhoria crescente das intervenções desenvolvidas. Quanto à gestão dos cuidados, compreendemos a priorização das abordagens e a distribuição dos elementos de enfermagem pelos respetivos doentes. Já na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a ventilação mecânica invasiva, o controlo da dor e do *delirium*, com uma gestão eficaz de sedo-analgésia potenciaram a compreensão do papel do enfermeiro especialista no cuidador da pessoa crítica.

No **SU**, as oportunidades de melhoria abordadas incluem-se no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, considerando a problemática já conhecida da privacidade do doente em urgência. Repensámos este tema em contexto de Sala de Emergência, que resultou num artigo de opinião.

No domínio da melhoria contínua da qualidade realça-se a participação numa sessão de formação sobre o Sistema de Triagem de Manchester, e o acompanhamento do enfermeiro tutor em contexto de auditorias realizadas neste âmbito. Na gestão dos cuidados, compreendemos que os enfermeiros especialistas em EMC são distribuídos, desde que a equipa o permita, de forma unânime entre as diversas áreas de atuação do SU, enfatizando a sua presença na Sala de Emergência pelos cuidados diferenciados que presta à PSC. No domínio das aprendizagens profissionais, a abordagem ao doente politraumatizado foi uma área de aquisição de conhecimentos, que promoveu a pesquisa e a prática baseada em evidência científica.

Salientamos que este percurso foi desenvolvido em contexto de pandemia, e já numa fase em que todas as equipas e profissionais estavam exaustas e, mesmo assim, foi visível o esforço individual e enquanto equipa, que nos permitiram dar continuidade a todo este processo de aprendizagem.

Os presentes estágios foram, portanto, bastante construtivos, quer a nível pessoal como profissional, na medida em que o desenvolvimento de competências diferenciadas no âmbito da PSC está assegurado. Na prática clínica, o crescimento do pensamento crítico permitiu-nos identificar potenciais áreas de melhoria e adotar uma postura ativa na abordagem à pessoa em

situação crítica. Todavia, foi também um desafio diário pelo cansaço e pela exigência inerentes à conjugação da vida pessoal com a vida profissional, obstáculos esses que foram ultrapassados com sucesso.

Concluímos, assim, que os objetivos propostos para a unidade curricular foram atingidos, culminando na aquisição de competências especializadas na área da pessoa em situação crítica e que, pelos conhecimentos desenvolvidos sobre a humanização dos cuidados, nos permitem desenvolver uma prática de cuidar holística e integradora à pessoa em situação crítica, no âmbito ético, deontológico e profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, A., Duro, C. & Lima, M. (2012). Atividades do Enfermeiro nos sistemas de triagem/Classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 181-190. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>

Ali, M. (2017). Communication skills 1: benefits of effective communication for patients. *Nursing Times [online]*, 113(12), 18-19. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/assessment-skills/communication-skills-1-benefits-of-effective-communication-for-patients-20-11-2017/>

Alves, A., Rabiais, I. & Nascimento, M. (2015). Promoting Interventions of Sleep and Comfort in Intensive United Care Patients. *International Journal of Nursing*, 2(2), 94-103. doi: 10.15640/ijn.v2n2a11

Anderson, B. (2019). Reflecting on the communication process in health care. Part 1: clinical practice – breaking bad news. *British Journal of Nursing*, 28(13), 858-863. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.13.858>

Baid, H., Creed, F. & Hargreaves, J. (2016). Generic care of the critically ill patient. In Baid, H., Creed, F. & Hargreaves, J. (2 ed.), *Oxford Handbook of Critical Care Nursing*. Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780198701071.003.0003

Baid, H., Creed, F. & Hargreaves, J. (2016). Neurological Care. In Baid, H., Creed, F. & Hargreaves, J. (2 ed.), *Oxford Handbook of Critical Care Nursing*. Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780198701071.003.0008

Baid, H., Creed, F. & Hargreaves, J. (2016). Trauma. In Baid, H., Creed, F. & Hargreaves, J. (2 ed.), *Oxford Handbook of Critical Care Nursing*. Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780198701071.003.0018

Báo, A., Amestoy, S., Moura, G., & Trindade, L. (2018). Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 377-384. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>

Circular Normativa nº 09/DGCG (2003). Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor%20como%205%20sinal%20vital%20-2003.pdf)

Correia, N., Cruz, R. & Silva, R. (2020). Viabilidade Tecidual e Tratamento de Feridas. In Pinho, J., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 187-196). Lidel – edições técnicas, lda.

Cruz, R., Correia, N., Silva, R. & Teixeira, B. (2020). Sono em Unidade de Cuidados Intensivos. In Pinho, J., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 117-121). Lidel – edições técnicas, lda.

Dang-Vu, T., Cologan, V. & Maquet, P. (2009). Sleep: Implications for Theories of Dreaming and Consciousness. In Banks, W., *Encyclopedia of Consciousness, 2* (pp. 357-373). Oxford: Elsevier.

Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, nº 153. [Despacho n.º 10319/2014 | DRE](#)

Despacho nº 1057/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, nº 22. [Despacho n.º 1057/2015 | DRE](#)

Despacho nº 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, nº 28. [Despacho n.º 1400-A/2015 | DRE](#)

Despacho nº 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, nº 102. [Despacho n.º 5613/2015 | DRE](#)

Despacho nº 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II série, nº 187. [Despacho n.º 9390/2021 | DRE](#)

Eyni, E., Hasani, S., Fereidouni, P. & Andi, S. (2017). Effect of nursing staff training on respecting the privacy of patients in the emergency department. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 4(2), 11-18. https://www.researchgate.net/publication/338858561_Effect_of_nursing_staff_training_on_respecting_the_privacy_of_patients_in_the_emergency_department

Fernandes, M. & Silva, A. (2016). Os significados do cuidado de enfermagem à família em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista de Enfermagem UFPE*

online, Recife, 10(6), 1899-1908. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i6a11200p1899-1908-2016>

Ferreira, L. & Artmann, E. (2018). Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciênc. Saúde colet.*, 23(5), 1437-1450. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>

Fontes, C., Menezes, D., Borgato, M. & Luiz, M. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1148-1154. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>

Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Referência – Revista de Enfermagem*. 3(10), 45-53. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>

Gandarinho, A. (2017). A qualidade do sono em unidades de cuidados intensivos: uma revisão sistemática da literatura. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4776/1/AndreaCoutoGandarinho_D_M.pdf

Grupo Português de Triage (2010). Triage no Serviço de Urgência – Manual do Formando. Disponível em: [Triage Manchester Manual Formando - 2ed | PDF | Intuição | Tomada de Decisões \(scribd.com\)](#)

Guttormson, J, Chlan, L., Tracy, M., Hetland, B. & Mandrekar, J. (2019). Nurses' Attitudes and practices related to sedation: a national survey. *American Journal of Critical Care*, 28(4), 255-263. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6760853/pdf/nihms-1050020.pdf>

Johnson, M., Barnett, C., Wand, T. & White, K. (2017). Medical device-related pressure injuries: An exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia. *Journal of Tissue Viability* (26), 246-253. doi: 10.1016/j.jtv.2017.09.008

Lei nº 12/2005 da Procuradoria Geral da República. (2005). [::: Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro \(pgdlisboa.pt\)](#)

Liu, S., Curren, J., Leahy, N., Sobocinsky, K., Zambardino, D., Shikar, M., Vasquez, C., Miluszuky, B. & Winchell, R. (2019). Trauma response nurse: bringing critical care experience and continuity to early trauma care. *Journal of Trauma Nursing*, 26(4), 215-220. https://journals.lww.com/journaloftraumanursing/Abstract/2019/07000/Trauma_Response_Nurse__Bringing_Critical_Care.10.aspx

Mellick, L. & Adams, B. (2009). Resuscitation Team Organization for Emergency Departments: A Conceptual Review and Discussion. *The Open Emergency Medicina Journal*, 2, 18-27. https://www.researchgate.net/profile/Larry-Mellick/publication/228423092_Resuscitation_Team_Organization_for_Emergency_Departments_A_Conceptual_Review_and_Discussion/links/0c960517d3dcd12628000000/Resuscitation-Team-Organization-for-Emergency-Departments-A-Conceptual-Review-and-Discussion.pdf?origin=publication_detail

Mendes, J., Cardoso, S., Hott, A. & Souza, F. (2020). Importância da Comunicação para uma assistência de enfermagem de qualidade: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 32(2), 169-174. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_093012.pdf

Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Miguel, P. & Mendes, F. (2020). Ventilação Mecânica. In Pinho, J., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 137-150). Lidel – edições técnicas, lda.

Monte, R. (2020). Sedação e Analgesia no Doente Crítico. In Pinho, J., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 107-116). Lidel – edições técnicas, lda.

Norma nº 001/2017 (2017). Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. [norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx](https://www.dgs.gov.pt/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx) (dgs.pt)

Norma nº 002/2018 (2018). Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
NÚMERO: (dgs.pt)

Olino, L., Gonçalves, A., Strada, J., Vieira, L., Machado, M., Molina, K. & Cogo, A. (2019). Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>

Oliveira, A. & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado de Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 115-124. Doi: 10.12707/RIII1287

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Disponível em: (Microsoft Word - vf ponto 8 Reg PQCEE Pessoa em Situa\347\343o Critica vf com assinatura) (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. livrocj_deontologia_2015_web.pdf (ordemenfermeiros.pt)

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. Disponível em: Microsoft Word - RNEHR Medicina Intensiva - Aprovada 10 agosto 2017 (sns.gov.pt)

Pereira, L. (2014). *A Comunicação na Humanização dos Cuidados Paliativos*. [Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78541/2/34633.pdf>

Pereira, J., Barradas, F., Sequeira, R., Marques, M., Batista, M., Galhardas, M. & Santos, M. (2016). *Delirium* no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 29-36. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16006>

Pinheiro, A. & Marques, R. (2018). Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dos em pacientes graves intubados

oro-traquealmente. Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 571-581. doi: 10.5935/0103-507X.20190070

Pinho, J. (2020). O Doente e a Família na Unidade de Cuidados Intensivos. In Pinho, J., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 311-320). Lidel – edições técnicas, lda.

Pupulim, J. & Sawada, N. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-am de Enfermagem*, 10(3), 433-438. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300018>

Quaresma, F. & Neto, I. (2019). *Delirium numa enfermaria de Medicina Interna: impacto do seu reconhecimento para a prática clínica*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/39639>

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 26. [Regulamento n.º 140/2019 | DRE](#)

Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, nº 135. [Regulamento n.º 429/2018 | DRE](#)

Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 184. [Regulamento n.º 743/2019 | DRE](#)

Rocha, E. (2020). Indicadores de Qualidade em Unidades de Cuidados Intensivos: Contributos para uma Otimização da Prática. In Pinho, J., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 25-32). Lidel – edições técnicas, lda.

Roxo, J. (2008). O Toque na prática clínica. *Referência – Revista de Enfermagem*. 3(6), 77-89. [067789.pdf \(index-f.com\)](#)

Santos, A., Freitas, P. & Martins, H. (2012). Manchester triage system version II and resource utilization in emergency department. *Emerg Med J*, 1-5. <http://dx.doi.org/10.1136/emmermed-2012-201782>

Santos, J., Lima, M., Pestana, A., Colomé, I & Erdmann, A. (2016). Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço

6. APÊNDICES

APÊNDICE I – “A PRIVACIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE EMERGÊNCIA: REFLEXÃO CRÍTICA”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

A PRIVACIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE EMERGÊNCIA: REFLEXÃO CRÍTICA

Por

Ana Filipa Horta Antunes

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

A PRIVACIDADE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE EMERGÊNCIA: REFLEXÃO CRÍTICA

A privacidade dos doentes é um tema amplamente discutido na saúde. Na Lei de Bases da Saúde, na alínea a) do ponto 1 da base 2 (Lei nº 95/2016, de 4 de setembro) decreta que a privacidade e a confidencialidade são um direito de todos os utilizadores do serviço nacional de saúde. Atualmente, seria expectável que esta fosse uma realidade constante; contudo, tal ainda se destaca como uma fragilidade, principalmente nos serviços de urgência, onde o espaço é limitado para o tão elevado fluxo de doentes que a estes serviços recorre. Dadas as situações vivenciadas no contexto de um serviço de urgência, de um hospital central do Norte do país, surge esta análise e reflexão com o objetivo de reportar algumas das experiências, assim como expressar a minha opinião e visão enquanto enfermeira especialista e estudante de mestrado, apoiada na evidência da literatura.

Nesta perspetiva, é visível o compromisso da privacidade individual em cada triagem efetuada lado a lado, em cada doente deitado em maca no corredor ou sentado em cadeirão com total visibilidade dos cuidados prestados a outras pessoas, ou a cada diagnóstico e tratamento transmitidos na sala de espera que compromete, no imediato, a confidencialidade e relação profissional-doente.

Conforme protocolado, num serviço de urgência os doentes são triados para a área correspondente consoante as suas queixas e a gravidade das mesmas. A Sala de Emergência é uma área que tem como função tratar doentes críticos, com necessidades de cuidados imediatos e emergentes sendo, por isso, um local em que a estadia se prevê a estritamente necessária até à estabilização da pessoa e posterior internamento. Por ser uma área que presta cuidados tão diferenciados e complexos, está fisicamente individualizada do restante serviço de urgência e, segundo orientações da ACSS (2019), o espaço de cada doente deve assegurar a salvaguarda da sua privacidade através do uso de cortinas ou biombo. Assim, pode pensar-se que, no que concerne ao respeito pela privacidade e pela dignidade humana, estes direitos estão automaticamente assegurados. Mas não é bem assim: a Sala de Emergência é, também, uma área que se prevê ser de entrada fácil, quer na acessibilidade interna do hospital,

quer na resposta a meios extra-hospitalares que, muitas vezes, acompanham pessoas em situações de tal forma crítica, que “merecem” uma entrada direta nesta sala.

Esta é uma área que aborda inúmeros focos de falência orgânica, sejam eles de origem médica, cirúrgica ou de trauma e, por isso, implica que profissionais de diversas especialidades tenham acesso aberto e ilimitado à Sala de Emergência, já que, quanto mais grave for o estado clínico, maior é a diferenciação de profissionais ativados. Isto significa que, apesar da sala ser isolada do restante serviço de urgência, na prática acaba por ser um ponto de passagem para inúmeros profissionais.

A privacidade é um dos princípios humanitários mais importantes, sendo o seu conceito aberto a diversas interpretações: a necessidade de ter um espaço para si próprio, de ser protegido contra intrusões físicas e a proteção e/ou o controlo das suas informações pessoais (Nayeri & Aghajani, 2010). Para os enfermeiros e principalmente os enfermeiros especialistas, a preocupação e a sensibilidade em manter a privacidade da pessoa em situação crítica é sinónimo de uma prática de excelência (Latour & Albarran, 2012). Contudo, e por ser uma área de abordagem ao doente emergente, grave e crítico, a privacidade na Sala de Emergência nem sempre é considerada aquando da prestação de cuidados.

Um exemplo que vivenciei, enquanto estudante, e que reflete bem esta questão é este: no início de um turno da manhã, recebemos uma vítima politraumatizada já em medidas invasivas de suporte de vida, assegurados pelas equipas extra-hospitalares. À entrada, este doente foi imediatamente observado por equipas de cirurgia geral, cirurgia plástica, orto-traumatologia e neurocirurgia, para além da equipa de intensivistas e de enfermeiros já destacada para a Sala de Emergência naquele turno. Ora, neste caso, e sob o meu ponto de vista, estão implícitas duas premissas graves da violação da privacidade do doente: o número de profissionais que rodeavam a pessoa e o “entra e sai” da sala. Apesar de tão necessário, a presença dos inúmeros profissionais comprometeu, seriamente, a privacidade e dignidade da pessoa em situação crítica já que, aquando da abertura da porta da sala, o doente era perfeitamente visualizado por quem quer que passasse no corredor.

Esta rotatividade de elementos é bastante frequente e necessária na perspetiva de *life saving* que caracteriza uma Sala de Emergência, ou seja, usar todos os recursos necessários, humanos e técnicos, com o objetivo único e comum de salvar a vida da pessoa em situação crítica. Todavia, isto tem implicações diretas no respeito pela privacidade da pessoa em situação crítica, na medida em que esta se vê constantemente exposta a pessoas externas à sala o que, inevitavelmente, causa desconforto e desagrado aos doentes que estão conscientes. Lin et. al (2013), num estudo desenvolvido num serviço de urgência de Taiwan, mostra-nos que uma das perceções dos doentes quanto à violação da sua privacidade é o “ser visto por pessoas irrelevantes”, na medida da prestação de cuidados em espaços abertos e da intrusão da sua privacidade física. Aquando da implementação de intervenções primárias como o fecho das portas ou o uso de um circuito de entrada-saída que, no exemplo em causa, poderia ser facilmente implementada, a perceção dos doentes sobre a preocupação dos profissionais em garantir a sua privacidade melhorou substancialmente e, assim, também os cuidados foram descritos como sendo de qualidade.

Ainda sobre o exemplo supracitado, a certa altura comprovei que a quantidade de profissionais que estariam a observar o doente era, de certa forma, exagerada. Para além dos enfermeiros e da equipa médica da Sala de Emergência que, no total, já seriam cerca de 7 profissionais, ainda se juntaram equipas de todas as outras especialidades. Do meu ponto de vista, apesar de ser prioritária a observação deste doente, não era necessária a avaliação de todas as especialidades ao mesmo tempo. No total, chegaram a estar cerca de 14 pessoas à volta do doente o que, e da minha perspetiva, para além de comprometer uma avaliação objetiva do doente, ainda invadiu a pouca privacidade a que aquela pessoa já estaria sujeita. Esta é, claramente, uma transgressão ao cumprimento dos direitos do doente espelhado no ponto 11 da Carta dos Direitos e Deveres do Doente, que refere que qualquer ato só pode ser efetuado na presença dos profissionais indispensáveis, na medida da promoção da sua privacidade e dignidade. Neste exemplo em específico, o doente estava inconsciente, mas e se não fosse o caso? Se o doente, já fragilizado e assustado, ainda visse a sua dignidade comprometida desta forma?

Já Lin et. al, em 2013, realçam que o acesso controlado e progressivo ao doente é uma prioridade no respeito pela sua privacidade.

Vários profissionais a avaliar o doente ao mesmo tempo implica, obrigatoriamente, uma exposição corporal quase total. A exposição, por vezes desnecessária, provoca constrangimento, insegurança, desconforto e, acima de tudo, uma sensação de impotência (Soares & Dall’Agnol, 2011). No estudo de Nayeri & Aghajani (2010), desenvolvido em três serviços de urgência do Irão, os pacientes classificaram o respeito pela sua privacidade física como médio, tal como a sua satisfação com os cuidados prestados. Eyni et. al (2017), num estudo desenvolvido num serviço de urgência também no Irão, demonstram que os doentes se sentem mais confortáveis quando os profissionais usam as cortinas ou cobrem partes do corpo que não precisam de estar expostas para o tratamento em causa.

Compreendendo, mais uma vez, que a perspetiva nesta área da urgência é de *life saving*, em momento algum nos podemos esquecer de que o respeito pela privacidade é um direito e uma necessidade do doente que, tal como enfatizamos na profissão de enfermagem, deve ser **sempre** tratado de forma holística. E como é que asseguramos esses cuidados holísticos, respeitando os valores e a dignidade da pessoa se, por vezes (algumas muitas), nos esquecemos, por exemplo, de cobrir partes do corpo que não precisam de estar expostas?

Sendo a Sala de Emergência uma área intrinsecamente aberta e um local para cuidados emergentes, são constantes as alturas em que tratamos/cuidamos pessoas de sexos diferentes. Ou seja, cuidamos de um doente do sexo masculino na cama exatamente ao lado de uma doente do sexo feminino. Este revela-se um grave problema de privacidade! Já em 2011, no estudo de Soares & Dall’Agnol, desenvolvido num hospital brasileiro, os participantes demonstraram-se bastante incomodados não só com a própria exposição, mas também com a exposição corporal de outros doentes, realçando que as cortinas corridas, apesar de protegerem o doente visualmente, não impede os outros de se aperceberem do que se está a passar e se sentirem constrangidos com esse facto.

Na Sala de Emergência, é certo que podemos correr as cortinas, mas depois deixamos de ter visualização total do outro doente, comprometendo seriamente os seus cuidados. Torna-se, na prática, difícil ponderar o risco-benefício na privacidade da pessoa em situação crítica, mas é papel das equipas intensivistas, incluindo do enfermeiro especialista, pensar em soluções que permitam ultrapassar estas dificuldades sentidas. Pela promoção da dignidade e privacidade do doente!

Por último, mas não menos importante, objetivamos que, se manter a privacidade física da pessoa é difícil, garantir a confidencialidade da informação transmitida também não é fácil. Exatamente pelos mesmos motivos: na Sala de Emergência, transmitir informação ao doente significa que o doente da cama anexa pode ouvir e/ou que profissionais não destacados para a sala e a observar um outro doente, que está no mesmo espaço, irão ter total perceção do estado clínico da pessoa. Assumimos que, nestas situações, está claramente comprometido o sigilo profissional entre profissional-doente.

A transmissão de informações clínicas é um direito do doente, e só ele pode decidir o que fazer com essas mesmas informações (Lei nº95/2019, de 4 de setembro), que ao mesmo pertence. Assim, é um dever de todos os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, de considerar confidencial toda a informação relativa à pessoa, estando obrigado eticamente a guardar segredo profissional, conforme esclarece a alínea a) do artigo 106º do Código Deontológico dos Enfermeiros. Sendo confidencial toda a informação, no momento da sua transmissão, esta deveria ser feita de forma privada. Na prática, conseguimos perceber que, de uma forma geral, tal não acontece e, na Sala de Emergência, ainda mais complicado se torna pelas dificuldades inerentes à criação de um espaço totalmente privado e isento de pessoas não essenciais.

Os estudos de Nayeri & Aghajani (2010) e Eyni et. al (2017) mostram tal ocorrência: com uma diferença de sete anos entre cada estudo, os participantes continuam a demonstrar-se insatisfeitos com a falta de respeito pela privacidade aquando da transmissão de informação nos serviços de urgência. Isto explica o quão problemática é a garantia da privacidade do doente!

Por conhecimento e experiência própria, sei que por muito que queiramos transmitir informações calmamente, privilegiando a confidencialidade, esta nem sempre é uma tarefa fácil. Quer seja por fatores intrínsecos ao doente, como a hipoacusia por exemplo, quer pela enorme variedade de dispositivos médicos a serem utilizados e que condicionam uma comunicação eficaz. Mas é nosso dever fazer sempre o que está ao nosso alcance, enquanto cuidadores de pessoas numa situação de fragilidade.

Se, para um enfermeiro especialista, com conhecimentos avançados e um juízo crítico diferenciado, todas estas situações causam confusão, vamos imaginar-nos na pele do doente. Este é um exercício que faço com alguma frequência, na minha prática clínica: sou eu a doente e estou a atravessar um processo de doença que, de tão grave que é, implica cuidados avançados e diferenciados numa Sala de Emergência. Esta descrição, por si só, deve ser aterradora! Nessa sala, que é um espaço fechado, as portas abrem constantemente, permitindo uma visualização externa quase total do que se passa ali dentro. Ao mesmo tempo, estou a ser observada por cinco ou mais profissionais, que me fazem perguntas enquanto desenvolvem técnicas, muitas delas que implicam exposição corporal. Olho para o lado, e consigo ver um outro doente, homem, que me olha de volta. Que ouve tudo o que estão a dizer e que consegue ver cada parte do meu corpo... O que sentimos, neste momento? Acredito que seja uma sensação indescritível, de uma “violação” da dignidade e dos valores humanos, no mínimo, indigna.

Não nos podemos esquecer, em momento algum, que a privacidade é um dos princípios humanitários mais importante, e o seu respeito demonstra uma prática de qualidade, sendo imperatória a sua promoção nas Salas de Emergência, devendo, portanto, fazer-se valer perante qualquer perspectiva de organização e prestação de cuidados. Segundo o Centro Nacional de Ética e Ciências da Vida (2009), são necessários lugares de escuta e de empatia pelo doente, havendo uma responsabilidade ética em formar os profissionais sob uma visão holística daqueles que cuidam. E a Sala de Emergência pode ser isso mesmo!

O respeito pela privacidade e dignidade do doente é uma premissa imperativa na prática de enfermagem e é, portanto, nossa função, enquanto equipa

prestadora de cuidados, pensar atempadamente nestas situações e evitá-las a todo o custo! Enquanto enfermeira especialista, com conhecimentos diferenciados e com um juízo crítico desenvolvido que me permite discernir entre o certo e o errado, o sentido de dever é ainda maior na promoção da privacidade e da dignidade da pessoa em situação crítica. Porque só olhando para o doente como um todo e de forma empática, conseguimos prestar cuidados de qualidade e humanizados, contribuindo para que a prática de enfermagem não fique apenas centrada na doença e nos conhecimentos técnicos, unindo o saber-fazer com o saber-ser (Guimarães & Dourado, 2013).

BIBLIOGRAFIA

Eyni, E., Hasani, S., Fereidouni, P. & Andi, S. (2017). Effect of nursing staff training on respecting the privacy of patients in the emergency department. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 4(2), 11-18. doi: [10.4103/2345-5756.231740](https://doi.org/10.4103/2345-5756.231740)

Guimarães, C. & Dourado, M. (2013). Privacidade do paciente: Cuidados de enfermagem e princípios éticos. *Estudos Goiânia*, 40(4), 447-460. <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/download/3051/1852>

Latour, J. & Albarran, J. (2012). Privacy, dignity and confidentiality: a time to reflect on practice. *Nursing in Critical Care*, 17(3), 109-111. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00508.x

Lei nº 95/2019 do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: I Série, nº 169/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Lin, Y., Lee, W., Kuo, L., Cheng, Y, Lin, C., Lin, H., Chen, C. & Lin, T. (2013). Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics*, 14 (8). doi: [10.1186/1472-6939-14-8](https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-8)

Nayeri, N. & Aghajani, M. (2010). Patient's privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study. *Nursing Ethics*, 17(2), 167-177. <https://doi.org/10.1177/0969733009355377>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico, inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015, de 16 de setembro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Recomendação Técnica nº 14/2019 da Administração Central do Sistema de Saúde. Publicação efetuada para os efeitos da alínea r) do artigo 5º da Portaria nº 155/2012 de 22 de maio. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>

Soares, N. & Dall’Agnol, C. (2011). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Pal Enferm*, 24(5), 683-688. <https://www.scielo.br/j/ape/a/NFCfFKxqZ4JJF7CfVY6jhts/?lang=pt>

APÊNDICE II – “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM INERENTES À PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM INERENTES À PREVENÇÃO DE
ÚLCERAS POR PRESSÃO ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS
EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Por

Ana Filipa Horta Antunes

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Intervenções de Enfermagem inerentes à Prevenção de Úlceras por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos em Unidades de Cuidados Intensivos: Revisão Integrativa da Literatura

Resumo

Enquadramento: As úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos são um problema atual nas unidades de cuidados intensivos: a dependência prolongada e necessária dos doentes pelos dispositivos aumenta o risco de desenvolvimentos deste tipo de lesões, sendo que os enfermeiros são os profissionais capacitados para as tratar, mas principalmente para as prevenir.

Objetivo: Identificar a taxa de incidência de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos nas unidades de cuidados intensivos, e quais as intervenções de enfermagem que previnem o seu aparecimento.

Metodologia: Desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura, através dos motores de busca EBSCO Host e PubMed, dispondo os termos de pesquisa de acordo com a estrutura PICO. Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos originais e de texto integral, em português ou inglês e com a janela temporal a iniciar em 2015 até à data da pesquisa nas bases de dados. Já os critérios de exclusão aplicados passam pelo doente crítico pediátrico/unidades de cuidados intensivos pediátrica, recém-nascidos ou unidades de neonatologia e cuidados intensivos maternos.

Resultados: Obtiveram-se 5 artigos para análise final. Medidas preventivas e aplicáveis pelos profissionais de enfermagem passam pela vigilância frequente da pele e mucosas, o reposicionamento diário dos dispositivos, a escolha do tamanho correto e a avaliação regular da necessidade do uso do dispositivo.

Conclusão: A aplicação de *bundles* de cuidados de enfermagem preventivos reduz, significativamente, a incidência de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos, nas unidades de cuidados intensivos.

Palavras-Chave: úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos; unidades de cuidados intensivos; cuidados de enfermagem

Introdução

As úlceras por pressão (UP) são um problema de saúde pública mundial e são, por isso, um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados: estas causam sofrimento, diminuem a qualidade de vida dos doentes e aumentam a prevalência de infeções (Ministério da Saúde, 2015). Segundo o *International Pressure Ulcer Prevalency Survey* (2011), um em cada dez doentes num hospital desenvolve uma úlcera por pressão. Assim, a prevenção e a identificação precoce do risco de UP's é a chave para a diminuição da incidência destas nas unidades hospitalares.

Em 2016, a *National Pressure Ulcer Association Panel* (NPUAP) define úlcera por pressão como um dano localizado na pele e tecidos moles subjacentes, geralmente numa proeminência óssea ou associado a um dispositivo médico. No primeiro caso, a lesão ocorre como resultado de uma intensa e prolongada pressão em combinação com forças de cisalhamento. As úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos (UPADM) resultam do uso continuado de dispositivos de tratamento médico em que o seu aparecimento pode também ser influenciado por fatores intrínsecos ao doente, como a nutrição, a perfusão periférica e as suas comorbilidades (NPUAP, 2016).

No geral, os doentes críticos são os que apresentam maior risco de desenvolver UPADM pela dependência grave e prolongada que têm dos dispositivos médicos (Tayyib et al., 2021). Um estudo de Johnson et al (2017) desenvolvido num hospital australiano, com 50 doentes, demonstra que a incidência de UPADM foi de 27,9% e, destas, 68% desenvolveram-se em doentes em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Em 2016, Torres desenvolveu um estudo com 134 doentes internados numa UCI de um hospital português, com o objetivo de perceber a incidência de UPADM, concluindo que 11,9% destes desenvolveram úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos, com maior predomínio em doentes que usaram máscara de ventilação não invasiva e sonda nasogástrica, com taxas de incidência de 50% e 8,7%, respetivamente.

Reafirma-se, assim, o que já é conhecido da prática clínica: os dispositivos médicos são essenciais no tratamento do doente crítico, mas as úlceras por pressão desenvolvidas neste contexto são um problema iatrogénico significativo

em todas as unidades de saúde (Mehta et al, 2019). Os profissionais de enfermagem desempenham um papel extremamente importante na prevenção das UPADM, tornando-se uma responsabilidade e um indicador de qualidade dos enfermeiros (Karadag et al., 2017). Intervenções primárias passam pela vigilância ativa da pele e mucosas que, em conjunto com um conhecimento alargado e sustentado sobre úlceras e o seu tratamento, produzem resultados positivos (Karadag et al., 2017).

O presente estudo pretende responder à seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem que previnem úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos, numa Unidade de Cuidados Intensivos? Com esta questão, pretende-se identificar a taxa de incidência de UPADM nas Unidades de Cuidados Intensivos e compreender quais as intervenções de enfermagem que previnem o seu aparecimento.

Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes estipulado para os anos 2015-2020 inclui um capítulo direcionado à prevenção de úlceras por pressão nas instituições de saúde tornando-se, inclusive, um indicador de qualidade para cada instituição. Estas medidas incidem na identificação de risco de UP's através da Escala de Braden, disponibilizada pela Direção Geral da Saúde (DGS) em 2011 e, consoante o risco individual de cada doente desenvolver UP's, a prevenção e o tratamento são também fatores de avaliação para melhoria contínua das práticas (Ministério da Saúde, 2015). Apesar de as UPADM não estarem destacadas neste plano, com o aumento da incidência e prevalência destas nas unidades de saúde, prevê-se que, a curto prazo, este se torne um indicador de qualidade individualizado tornando, por isso, ainda mais pertinente o desenvolvimento deste estudo.

Metodologia

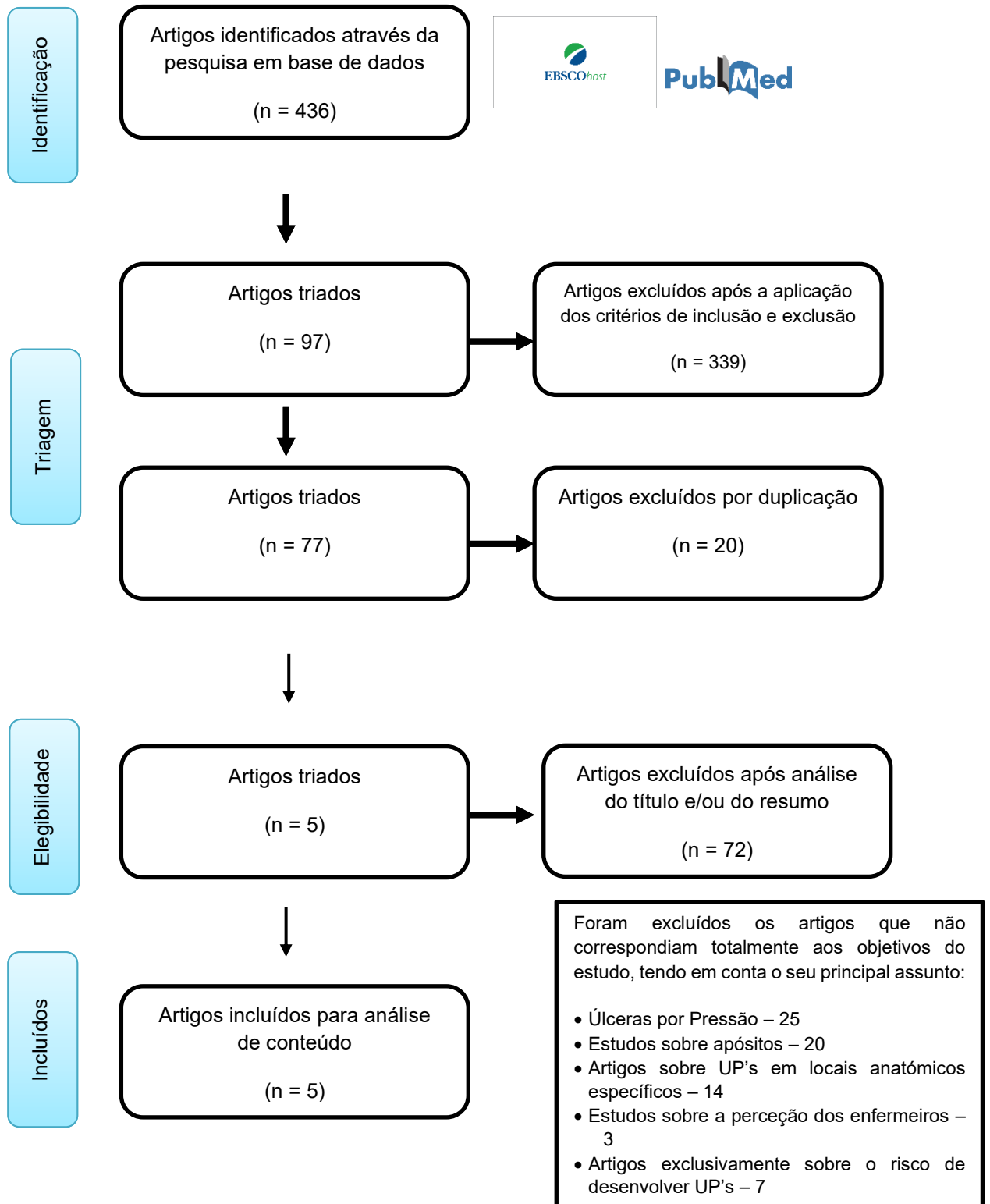
Considerando os objetivos e a questão de investigação formulada, perspetivou-se um estudo de revisão integrativa da literatura que, na área de enfermagem, promovem uma prática baseada na evidência, na medida em que oferece aos profissionais resultados relevantes e que fundamentam as suas tomadas de

decisão e/ou intervenções, permitindo uma atualização do conhecimento e transferindo, para a prática clínica, cuidados de qualidade (Mendes et al., 2008).

Para a elaboração da presente revisão, foram definidos cinco descritores em ciências da saúde (DeCS), usados na frase booleana para pesquisa científica: *pressure ulcer* (lesão por pressão) AND *nursing care* (cuidados de enfermagem) AND *intensive care unit* (unidades de terapia intensiva) AND *medical devices* (dispositivos médicos) AND *incidence* (incidência). Posteriormente, foram selecionadas duas bases de dados para a pesquisa de artigos: a EBSCO Host e a PubMed. Como critérios de inclusão para a seleção dos documentos, foram abrangidos estudos originais e de texto integral, em português ou inglês e desenvolvidos desde 2015 até à data da presente revisão; foi definida esta janela temporal dado que, em 2015, foi aplicado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes nas instituições de saúde portuguesas, que realça a importância da prevenção das UP's em cada instituição. Foram excluídos todos os estudos que tinham como tema principal UCI's pediátricas e/ou doente crítico pediátrico, unidades de neonatologia/recém-nascidos e cuidados intensivos maternos.

A colheita de informação decorreu entre os dias 18 e 19 de dezembro de 2021, obtendo um total de 433 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nas bases de dados, a amostra foi reduzida para 80 artigos, tendo sido analisados 5, selecionados após a aplicação do Diagrama PRISMA (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama PRISMA



Resultados

A apresentação dos artigos científicos está resumida na Tabela 1, onde os resultados se apresentam categorizados por autor/ano, título, método de estudo e as principais conclusões de cada ensaio e que suportam a presente revisão.

Todos os artigos selecionados estão publicados em revistas científicas e em língua inglesa sendo, na sua maioria, estudos prospetivos. A nível nacional, não foi encontrado nenhum estudo que fosse de encontro aos objetivos da presente revisão.

Tabela 1 – Síntese das evidências encontradas na análise dos artigos

Autores / Ano	Título	Método de Estudo	Principais Conclusões
Johnson, M. et al 2017	Medical device-related pressure injuries: an exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia	Estudo exploratório e descritivo desenvolvido entre julho de 2015 e agosto de 2016, na UCI e em serviços de internamento de doentes agudos, num hospital australiano.	<p>_A incidência de úlceras de pressão associadas a dispositivos médicos foi de 27,9% e, destas, 68% ocorreram em UCI's.</p> <p>_Tubos endotraqueais são a maior causa de úlceras de pressão da mucosa oral; SNG e tubos de oxigénio são as outras grandes causas.</p> <p>_Quando entrevistados, os enfermeiros realçam três áreas emergentes de intervenção para prevenção destas UP's: avaliação da pele debaixo do dispositivo, o reposicionamento do dispositivo e encaixe e fixação do dispositivo; os enfermeiros assumem que, em UCI, estas intervenções passam para segundo plano, uma vez que a prioridade é <i>"life saving"</i>.</p> <p>_A avaliação da mucosa oral deve ser uma prioridade nos cuidados de enfermagem, em especial aos doentes com entubação endotraqueal e/ou nasogástrica.</p> <p>_É necessária uma maior consciencialização dos profissionais sobre a classificação das UP's, a prevenção e o manuseamento dos dispositivos médicos para prevenção das UP's associadas.</p> <p>_É urgente formar os profissionais para uma prática consensual na prevenção das úlceras associadas aos dispositivos médicos, assim como ao seu registo.</p>

			<p><u>Intervenções sugeridas para prevenção de UPADM:</u></p> <p>identificar os dispositivos potenciadores de úlceras de pressão, aplicar medidas preventivas de UP's, ajustar a fixação do dispositivo e posicioná-lo frequentemente, de forma segura.</p>
Hanonu, S. et al 2016	A Prospective, Descriptive Study to Determine the Rate and Characteristics of and Risk Factors to Development of Medical Device-related Pressure Ulcers in Intensive Care Units	Estudo prospetivo e descritivo conduzido entre dezembro de 2013 e março de 2014, em 5 UCI de um hospital turco, com uma amostra total de 175 doentes.	<p>_Dos 175 doentes do estudo, 15% desenvolveram UP's associadas a dispositivos médicos, sendo a maior prevalência associada a tubos endotraqueais (45%) e a máscaras de ventilação não invasiva (10,4%).</p> <p>_Anatomicamente, 44% das UP's associadas a dispositivos médicos ocorreram nos lábios, 15,6% no nariz, 7,5% nos dedos e 6,1% nas orelhas.</p> <p>_A prevalência das úlceras de pressão é menor do que a prevalência das UP's associadas a dispositivos médicos (15,4% para 40%, respetivamente).</p> <p>_Quanto ao estadiamento das UP's, as mais frequentemente registadas foram as de categoria II, categoria I e não categorizável, respetivamente.</p>
Coyer, F. et al 2020	Securement to prevent device-related pressure injuries in the intensive care unit: A randomized controlled feasibility study	Estudo de ensaio randomizado, multicêntrico e de viabilidade controlada. Conduzido em UCI de dois hospitais entre fevereiro e dezembro de 2017, com uma amostra total de 87 doentes.	<p>_O estudo incide nos cuidados preventivos de UP's associados à sonda nasogástrica (SNG) e entubação endotraqueal (EET).</p> <p>_Os cuidados diários para prevenção de úlceras por pressão associados à SNG foram cumpridos 50% do tempo. Tais cuidados incluem a avaliação da pele e o reposicionamento do dispositivo, a aplicação de creme barreira à volta do dispositivo, a utilização de um apósito de proteção na narina e a colocação de espuma adesiva na SNG. A principal dificuldade dos profissionais no cumprimento destas medidas foram os episódios de diaforese de alguns doentes.</p> <p>_Quanto aos cuidados associados à EET para prevenção de UPADM, estes incluem, para além da avaliação da pele e o reposicionamento do dispositivo, a aplicação de creme barreira e utilização de um apósito (p.e, compressa) em redor do tubo ET, quer para proteção da pele, quer para fixação do dispositivo. As principais dificuldades sentidas pelos profissionais foram o formato da boca e dentes dos doentes, o seu quadro de agitação e desconforto, assim</p>

			<p>como a produção de secreções em grande quantidade e os episódios de diaforese de alguns doentes.</p> <p>_Com a implementação destas medidas, os resultados demonstram uma diminuição significativa das UP's associadas a estes dispositivos médicos, com apenas 1 doente da amostra final a desenvolver UP associada ao EET, comparativamente aos 61 doentes, do grupo de controlo, que desenvolveram úlceras nasais ou da mucosa.</p>
Zakaria, A. et al. 2018	Impact of a suggested Nursing Protocol on the occurrence of Medical Device-related Pressure Ulcers in critically ill patients	Estudo prospetivo e quasi-experimental, desenvolvido entre junho e novembro de 2016, com uma amostra total de 100 doentes críticos, divididos entre grupo de estudo e grupo de controlo.	<p>_O Protocolo desenvolvido incidu nas UP's associadas à sonda nasogátrica (SNG) e aos tubos endotraqueais (EET).</p> <p>_Quanto à SNG, o protocolo incluiu medidas como: uso de lubrificante aquando da inserção da sonda, evitar a administração da refeição demasiado quente, prestar cuidados de higiene nasais com água morna e a humedificação do adesivo de fixação da SNG antes da sua remoção.</p> <p>_Quanto ao EET, o protocolo incluiu medidas como a escolha do tamanho correto do dispositivo, a escolha de um meio adequado para fixar o tubo, a colocação de um apósito protetor entre a fita de fixação do dispositivo e a pele, o reposicionamento do EET a cada 2 horas, evitar colocar a fita de fixação sob a cabeça e a prestação de cuidados de higiene frequentes à cavidade oral.</p> <p>_A implementação de um Protocolo de Enfermagem para prevenção de UPADM mostra-se extremamente eficaz: apenas 32,1% dos doentes desenvolveram UP's associadas ao EET, comparativamente aos 90% do grupo de controlo e 13,1% da amostra do grupo de estudo desenvolveu UP's associadas à SNG face aos 77,8% do grupo de controlo.</p> <p>_No grupo de controlo, as UPADM desenvolvidas foram identificadas como úlceras de categoria I e II, sendo que as do grupo de controlo foram avaliadas como úlceras de categoria I, II e III.</p> <p>_O estudo demonstra que a incidência e a categorização das úlceras diminuem consideravelmente quando implementado um Protocolo de Atuação de Enfermagem.</p>
Seong, Y-M et al. 2021	Development and Testing of an Algorithm to Prevent	Estudo aplicado em 109 UCI's norte	_Foi desenvolvido e aplicado um algoritmo de prevenção de UP associadas a 6 dispositivos médicos (contenções, oxímetro, tubo endotraqueal, sonda nasogátrica, traqueostomia e meias de compressão).

	<p>Medical Device-Related Pressure Injuries</p>	<p>coreanas, com um total de 636 doentes distribuídos entre o grupo de estudo e o grupo de controlo</p>	<p>_A equipa de saúde tinha a possibilidade de registar outros dispositivos médicos que o doente possuísse, para posteriormente poderem ser comparados dados face ao grupo de controlo.</p> <p>_De forma geral, as intervenções de prevenção sugeridas pelo algoritmo incluíram a avaliação regular da pele (pelo menos duas vezes por dia), mantendo-a seca e limpa, reposicionar o dispositivo médico, escolher o tamanho adequado do dispositivo e aplicar apósitos de proteção profiláticos.</p> <p>_A taxa de incidência sem a aplicação do algoritmo foi de 1,46 UP's por cada 100 dispositivos, enquanto que, com a aplicação do algoritmo, a taxa de incidência desceu para 1,19 UP's por cada 100 dispositivos.</p> <p>_As reduções de incidência de UPADM mais significativas estão associadas à sonda nasogástrica, ao oxímetro e aos tubos endotraqueais, com uma incidência, respetivamente, de 0,1%, 0% e 0,2% comparativamente ao grupo de controlo – 0,2%, 0,1% e 0,3%.</p> <p>_Contudo, a incidência de UPADM associada a materiais de contenção manteve-se nos 0,1%, o que os autores associam à necessidade de imobilização firme do doente por possíveis episódios de <i>delirium</i>.</p> <p>_A equipa de saúde identificou cateteres periféricos e centrais e máscaras de ventilação não invasiva como dispositivos passíveis de provocar UPADM, verificando-se, neste último item, o aumento da taxa de incidência face ao grupo de controlo: 0,1% comparativamente ao 0%.</p> <p>_Os resultados demonstram que o uso do algoritmo permite a deteção precoce de UPADM, o que possibilita o seu tratamento e vigilância.</p>
--	---	---	--

Discussão dos Resultados

Os cuidados à pessoa em situação crítica através da tecnologia e de dispositivos têm vindo a evoluir significativamente nos últimos anos, traduzindo um aumento de técnicas e intervenções invasivas e complexas que pretendem otimizar o estado de saúde do doente (Torres, 2016).

Sabe-se que a prevalência das úlceras por pressão adquiridas em unidades hospitalares é consideravelmente mais elevada em doentes críticos e internados em UCI's (Correia et al., 2020) e que tal se deve, principalmente, à imobilidade do doente e consequente diminuição da sensibilidade periférica (Hanonu et al., 2016), bem como à incapacidade de auto-posicionamento (Alves et al., 2020).

Torres (2016) menciona um estudo de Black et al. (2010), desenvolvido num hospital americano com 2079 doentes, que mostrou uma incidência de 5,4% de úlceras por pressão e, destas, 34,5% estavam associadas a dispositivos médicos. Também em 2011, um estudo de Long et al., citado por Torres (2016), demonstrou uma incidência de 304 úlceras por pressão e, destas 34% estavam associadas a dispositivos médicos, predominantemente relacionadas a dispositivos respiratórios (14,7%).

Quase 1/3 das úlceras por pressão graves estão relacionadas com dispositivos médicos, confirmando-se, portanto, que os doentes dependentes de dispositivos e/ou os doentes sedados ou confusos apresentam uma probabilidade maior de desenvolver úlceras por pressão associados a dispositivos médicos, uma vez que não conseguem expressar o seu desconforto ou dor associados ao dispositivo (Johnson et al., 2017), assim como derivado da humidade e do calor provocados pelo dispositivo, e que alteram o microclima da pele (Zakaria et al., 2018).

As UPADM tornam-se, portanto, uma temática recente e importante de ser abordada, denotando-se um aumento dos estudos nesta área, não só na incidência e prevalência das mesmas nas unidades hospitalares, mas também das estratégias que a equipa de enfermagem pode e deve adotar para as prevenir.

Em estudos dirigidos especificamente para úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos, Hanonu et al. (2016) indica a incidência de 15% de UPADM numa amostra de 175 doentes na Turquia e Johnson et al. (2017) refere que a incidência das mesmas num hospital terciário australiano é de 27,9%, sendo que 68% destas ocorreram em UCI's. A nível nacional constata-se que este tema ainda não foi muito estudado e abordado, tendo sido apenas encontrado um

estudo de Torres (2016), que relata uma incidência de 11,9% de UPADM numa UCI num hospital no norte do país.

Alves et al. (2020) descrevem que os dispositivos médicos mais associados ao desenvolvimento de úlceras por pressão são os tubos de oxigénio, sondas nasogástricas (SNG), máscaras de ventilação não invasiva (VNI), talas, cateteres endovenosos e colares cervicais. Já Coyer et al. (2014), num estudo desenvolvido em hospitais australianos e americanos, descrevem que os dispositivos médicos mais propícios ao desenvolvimento de úlceras por pressão são os tubos endotraqueais e SNG. Os estudos analisados acabam por confirmar a incidência das UP associadas a estes dispositivos médicos específicos. No estudo de Johnson et al. (2017), os tubos endotraqueais são a grande causa de úlceras por pressão da mucosa oral e, seguidamente, as SNG e tubos de oxigénio; em 2016, Hanonu et al. referem que a maior prevalência de UPADM está diretamente relacionada com a existência de tubos endotraqueais (45%) e máscaras de VNI – 10,4%. Também os estudos de Zakaria et al. (2018) e Coyer et al. (2020) incidem no desenvolvimento de protocolos de prevenção de UP's associadas, especificamente, a SNG e tubos endotraqueais – ambos os autores justificam a escolha destes dispositivos por serem os mais frequentemente utilizados em UCI.

Constata-se, portanto, que os locais anatómicos de maior predomínio de UPADM são as orelhas, o nariz e os lábios, tal como no estudo analisado de Hanonu et al. (2016), em que 44% das úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos ocorreram nos lábios e 15,6% no nariz. Em 2017, Johnson et al. relatam que a localização mais comum foram as orelhas e o nariz, enquanto Torres (2016) refere uma incidência total de UPADM no nariz, assim como Coyer et al. (2014) descrevem que o local onde se desenvolveram mais úlceras por pressão foram o nariz e boca/lábio. Analisando do ponto de vista clínico, tais resultados podem ser associados ao tempo prolongado das entubações endotraqueais e sondas nasogástricas no doente crítico em UCI's que, apesar dos esforços constantes para minimizar a sua permanência, o objetivo principal acaba por ser sempre a recuperação total do doente tornando, assim, necessários os dispositivos médicos.

Contudo, grande parte das UPADM podem ser prevenidas, tornando-se mais fácil e mais barato do que tratá-las (Karadag et al., 2017). Desde 2008 que a prioridade preventiva é identificação de fatores de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (Correia et al., 2020) que, em Portugal, é realizado através da implementação da Escala de Braden segundo as indicações da DGS. Posteriormente, a vigilância constante e o diagnóstico numa fase inicial são relevantes para um tratamento eficaz (Hanonu et al., 2016). E é, neste ponto específico de prevenção que os profissionais de enfermagem assumem um papel extremamente importante tornando-se, inclusive, um indicador de qualidade dos enfermeiros, tal como as *guedlines* internacionais preconizam (Karadag et al., 2017).

Após a análise dos artigos rastreados, verifica-se que o desenvolvimento e aplicação de uma *bundle* de intervenções de prevenção se torna bastante pertinente e eficaz, com uma redução significativa das taxas de incidência de UPADM. Zakaria et al. (2018) aplicam um Protocolo de Enfermagem de prevenção de úlceras por pressão associadas a SNG e tubos endotraqueais, com resultados bastantes positivos: apenas 32,1% dos doentes desenvolveram UP's associadas ao tubo endotraqueal, comparativamente aos 90% do grupo de controlo e, em relação à SNG, verificou-se uma incidência de 13,1% comparativamente ao grupo de controlo, com uma taxa de incidência de 77,8%. Em 2021, Seong et al. aplicaram também um algoritmo de prevenção de UPADM: sem a aplicação do algoritmo, a taxa de incidência foi de 1,46 UP's por cada 100 dispositivos, enquanto que com a aplicação do algoritmo, a taxa de incidência desce para 1,19 UP's por cada 100 dispositivos.

No que concerne às medidas preventivas, em 2020, a *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP) adapta a norma de boas práticas de prevenção de UPADM nos doentes críticos, destacando 10 medidas principais, sendo as comuns a todos os dispositivos médicos a escolha do tamanho correto do dispositivo, proteger a pele com materiais de proteção cutânea, inspecionar a pele debaixo e à volta do dispositivo diariamente, evitar colocá-los sob zonas de pressão já cicatrizadas, vigiar sinais de edema e pele friável junto ao dispositivo e, principalmente, educar os profissionais do seu correto uso. No estudo de Johnson et al. (2017), os enfermeiros descrevem três áreas emergentes de

intervenções de prevenção, sendo elas a avaliação da pele, o reposicionamento do dispositivo e a escolha pelo encaixe/fixação do mesmo. Destacam ainda a importância da avaliação da mucosa oral como uma prioridade nos cuidados de enfermagem, principalmente em doentes com entubação endotraqueal e/ou nasogástrica. Já Zakaria et al. (2018), e especificamente em cuidados relacionados às SNG e tubos endotraqueais, os autores sugerem a implementação de medidas como a escolha do tamanho correto do dispositivo, a prestação de cuidados de higiene às mucosas frequentes, o reposicionamento dos dispositivos e, nos tubos endotraqueais, a colocação de apósitos de proteção entre a fita de fixação e a pele. Ainda nestes dispositivos, Coyer et al. (2020), alertam que a avaliação frequente da pele, o reposicionamento do dispositivo, a aplicação de creme barreira à volta do dispositivo e a utilização de apósitos de proteção da pele são medidas essenciais na redução das UP's associadas a sondas nasogástricas e tubos endotraqueais. Seong et al. (2021) corroboram, no seu estudo, todas as intervenções acima sugeridas, aplicando-as a outros dispositivos médicos, tais como traqueostomias, meias de compressão e oxímetros.

Resumindo, as UPADM são um problema real e ainda recorrente nas UCI's, existindo já uma preocupação acrescida na sua prevenção por parte dos profissionais das UCI. Cuidados preventivos podem ser adotados aquando da abordagem ao doente, e que passam pela avaliação frequente da pele, tornando-se fulcrais na prevenção e no tratamento precoce destas úlceras por pressão, verificando-se ainda a eficácia da aplicação de um conjunto de intervenções ou *bundle*, que serve de guia orientador para os enfermeiros na precaução de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos.

Conclusão

As úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos são uma problemática nas unidades hospitalares, principalmente nas UCI's, locais onde o doente se encontra em estado crítico e particularmente dependente dos dispositivos. Apesar de se verificar uma preocupação constante por parte dos profissionais de saúde em diminuir o tempo de utilização desses dispositivos, tal nem sempre

é exequível dado o estado geral e comorbilidades que o doente apresenta. Assim, é fulcral a existência de medidas preventivas de úlceras por pressão face à dependência prolongada dos dispositivos. Os estudos analisados são consensuais quanto às principais intervenções a desenvolver na prevenção de UPADM: escolha correta do dispositivo, o ajuste da sua fixação e o reposicionamento frequente do mesmo promovendo, assim, uma vigilância frequente da pele e mucosas o que leva, portanto, à identificação precoce de lesões.

No entanto, esta revisão deve ser interpretada dentro do contexto das suas limitações: os doentes internados em UCI, regra geral, permanecem muito tempo nas unidades, o que condiciona a amostragem de cada estudo. A ausência de estudos nesta área a nível nacional é também entendida como uma limitação importante.

Assim, e como sugestões de futuros trabalhos de investigação, considera-se pertinente o desenvolvimento de estudos de observação e clínicos nas UCI portuguesas, implementando *bundles* de prevenção e, posteriormente, verificar a sua eficácia na prevenção de UPADM.

Referências Bibliográficas

Alves, P., Gefen, A., Ciprandi, G., Coyer, F., Milne, C., ..., Schüeler, AB (2020). *Device-related pressure ulcers: SECURE prevention*. Consensus Document of Journal of Wound Care, 29 (2), S1-S52. doi: 10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1

Correia, N., Cruz, R. & Silva, R. (2020). Viabilidade Tecidual e Tratamento de Feridas. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 188-196). Lisboa: Portugal: Lidel – edições técnicas, lda.

Coyer, F., Stotts, N. & Blackman, V. (2014). *A prospective window into medical device-related pressure ulcers in intensive care*. International Wound Journal (656-664). doi: 10.1111/iwj.12026

Coyer, F., Cook, J-L, Brown, W. & Vann, A. (2020). *Securement to prevent device-related pressure injuries in the intensive care unit: A randomized controlled feasibility study*. *International Wound Journal* (17), 1566-1577.

Hanonu, S. & Karadag, A. (2016). *A Prospective, descriptive study to determine the rate and characteristics of and risk factors for the development of medical device-related pressure ulcers in intensive care units*. *Ostomy Wound Manage* 62 (2), 12-22. Disponível em [A Prospective, Descriptive Study to Determine the Rate and Characteristics of and Risk Factors for the Development of Medical Device-related Pressure Ulcers in Intensive Care Units \(hmpgloballearningnetwork.com\)](https://www.hmpgloballearningnetwork.com)

Johnson, M., Barnett, C., Wand, T. & White, K. (2017). *Medical device-related pressure injuries: An exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia*. *Journal of Tissue Viability* (26), 246-253. doi: 10.1016/j.jtv.2017.09.008

Karadag, A., Hanönü, S. & Eyikara, E. (2017). *A Prospective, descriptive study to assess nursing staff perceptions of and interventions to prevent medical device-related pressure injury*. *Wound Management & Prevention* 63 (10), 34-41. Disponível em [A Prospective, Descriptive Study to Assess Nursing Staff Perceptions of and Interventions to Prevent Medical Device-related Pressure Injury \(hmpgloballearningnetwork.com\)](https://www.hmpgloballearningnetwork.com)

Mehta, C., Ali, M., Mehta, Y., Joby, G., Singh, M. (2019). *MDRPU – an uncommonly recognized common problem in ICU: A point prevalence study*. *Journal of Tissue Viability* (28), 35-39. doi: 10.1016/j.jtv.2018.12.002

Ministério da Saúde – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2010, publicado em Diário da República sob Despacho nº 1400-A/2015, Série II de 2015-02-10, pp. 3882(1)-3882(10)

National Pressure Injury Advisory Panel (2020, February). *Best Practices for Prevention of Medical Device-Related Pressure in Critical Care*. Disponível em [MDPI-Poster2020 \(ymaws.com\)](https://www.mdpi.com)

Seong, Y-M., Lee, H. & Seo, J. (2021). *Development and Testing of an Algorithm to Prevent Medical Device-Related Pressure Injuries*. Journal of Healthcare Organization (58), 1-11. doi: 10.1177/00469580211050219

Torres, R. (2016). Úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos: um foco de atenção nos cuidados de enfermagem. *Incidência de Úlceras por Pressão associadas a Dispositivos Médicos (9-45)*. Disponível em [Repositorio Cientifico IPVC: Incidência de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos](#)

Zakaria, A., Taema, K., Isamel, M. & Elhabashy, S. (2018). *Impacto f a suggested nursing protocol on the occurrence of medical device-related pressure ulcers in critically ill patients*. Central European Journal of Nursing and Midwifery 9 (4), 924-931. doi: 10.15452/CEJNM.2018.09.0025

APÊNDICE III – “ÚLCERAS POR PRESSÃO ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS – *BUNDLE* DE PREVENÇÃO”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

ÚLCERAS POR PRESSÃO ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS – *BUNDLE* DE PREVENÇÃO

Por

Ana Filipa Horta Antunes

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

ÚLCERAS POR PRESSÃO ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS – BUNDLE DE PREVENÇÃO

Úlceras por Pressão

A National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP, 2016) define úlceras por pressão (UP) como danos localizados na pele e tecidos moles subjacentes, geralmente sob uma proeminência óssea ou associado a um dispositivo, médico ou outro.

Estas lesões desenvolvem-se como resultado de uma intensa e prolongada pressão, em combinação com forças de cisalhamento, entre a pele e/ou tecidos moles com o dispositivo causador de tensão (NPIAP, 2016). Estes fatores aliados às condições clínicas e físicas dos doentes, tais como o peso ou indicadores nutricionais, aumentam exponencialmente o risco de aparecimento de UP (Alves et al., 2020).

Classificação das Úlceras por Pressão

Numa perspetiva de generalizar a classificação das UP a todas as unidades hospitalares, a NPIAP desenvolve o Sistema de Classificação de Úlceras por Pressão, dividindo-as em quatro categorias principais:

- ❖ Categoria I: **eritema não branqueável** numa área com a pele intacta. A presença de um eritema branqueável e/ou alterações da sensibilidade ou temperatura podem preceder uma UP desta categoria.
- ❖ Categoria II: **perda parcial da pele ou flictena**. Caracterizadas por feridas superficiais de coloração avermelhada ou rosada e/ou flictena íntegra ou aberta. Estas feridas, normalmente, resultam de um microclima adverso e fricção. Esta classificação não deve ser usada para descrever fissuras da pele, abrasões por adesivos, dermatites associadas à incontinência, escoriações ou macerações.

- ❖ Categoria III: **perda total da espessura da pele**, em que é visível tecido adiposo e pode, ou não, apresentar tecido desvitalizado; nunca estão expostos tendões, músculos, ligamentos ou ossos nas úlceras desta categoria. A profundidade destas úlceras depende da sua localização anatômica: zonas como o nariz ou as orelhas, onde não existe muito tecido adiposo, podem representar úlceras de maior profundidade.
- ❖ Categoria IV: **perda total da espessura dos tecidos** com exposição óssea, muscular e dos tendões. Caracterizadas pela presença de tecido desvitalizado e/ou necrótico, apresentando uma grande probabilidade de desenvolver osteomielite e osteíte.
- ❖ Inclassificáveis: **perda total da espessura da pele ou tecidos**, de tal forma que a sua profundidade é indeterminada. O leito da ferida pode estar preenchido por tecido desvitalizado e/ou necrose e, até que seja exposto o suficiente para perceber a profundidade da úlcera, esta não pode ser determinada. Contudo, será sempre uma úlcera por pressão de categoria III ou IV.
- ❖ Lesão dos Tecidos Profundos: áreas avermelhas localizadas em pele intacta ou descolorada ou flictenas preenchidas com sangue e com **suspeita de lesão profunda dos tecidos**. A pele circundante pode estar rodeada por um tecido mais doloroso, firme, mole, húmido, quente ou frio. A sua evolução pode ser rápida expondo camadas de tecido adicionais.

Úlceras por Pressão associadas a Dispositivos Médicos

As úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos (UPADM) resultam do uso continuado de dispositivos de tratamento médico em que o seu aparecimento pode também ser influenciado por fatores intrínsecos ao doente, como a nutrição, a perfusão periférica e as suas comorbilidades (NPIAP, 2016).

No geral, os doentes críticos são os que apresentam maior risco de desenvolver UPADM pela dependência grave e prolongada que têm dos dispositivos médicos (Tayyib et al., 2021). No doente crítico, são múltiplos os fatores que potenciam o aparecimento de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos, tais como a insensibilidade do doente ao dispositivo que, derivado à sedação e/ou o

seu estado neurológico, não tem capacidade de perceber forças de pressão ou fricção, a incapacidade de auto-posicionamento e, no que concerne aos profissionais, a necessidade de imobilizar os dispositivos de tal forma que causam pressão (Alves et al., 2020).

São vários os estudos internacionais desenvolvidos em torno da incidência das UPADM nas unidades de cuidados intensivos (UCI), tais como o estudo de Hanonu et al. (2016), que revela a incidência de 15% de UPADM numa amostra de 175 doentes na Turquia; Johnson et al. (2017) refere que a incidência das mesmas num hospital terciário australiano é de 27,9%, sendo que 68% destas ocorreram em UCI's e Mehta et al. (2019), demonstra uma incidência de 19,2% de UPADM num hospital indiano. A nível nacional, este tema ainda não foi muito abordado, tendo sido apenas encontrado um estudo de Torres (2016), que relata uma incidência de 11,9% de UPADM numa UCI num hospital no norte do país.

Alves et al. (2020) descrevem que os dispositivos médicos mais associados ao aparecimento de úlceras por pressão são os tubos de oxigénio, sondas nasogástricas (SNG), máscaras de ventilação não invasiva (VNI), talas, cateteres endovenosos e colares cervicais, que os estudos referidos anteriormente acabam por corroborar. Assim, os locais anatómicos de maior predomínio de UPADM são as orelhas, o nariz e os lábios.

Quanto ao envolvimento da equipa de enfermagem, constata-se que a prevenção de úlceras por pressão, no geral e em específico as associadas a dispositivos médicos, é um indicador de qualidade de enfermagem (Karadag et al., 2017; Ministério da Saúde, 2015).

O que estes estudos relatam é que os profissionais de enfermagem das UCI's têm conhecimentos que permitem a prevenção do aparecimento destas úlceras, mas, muitas vezes, têm receio de os colocar em prática pela necessidade de manuseio dos dispositivos; existe, também, um défice de registos de enfermagem neste sentido: quer na existência de UPADM, quer nas intervenções desenvolvidas para as prevenir e/ou tratar (Johnson et al., 2017).

Quanto aos registos, uma das dificuldades pode prender-se com a categorização das úlceras, uma vez que estas ocorrem predominantemente em mucosas e em

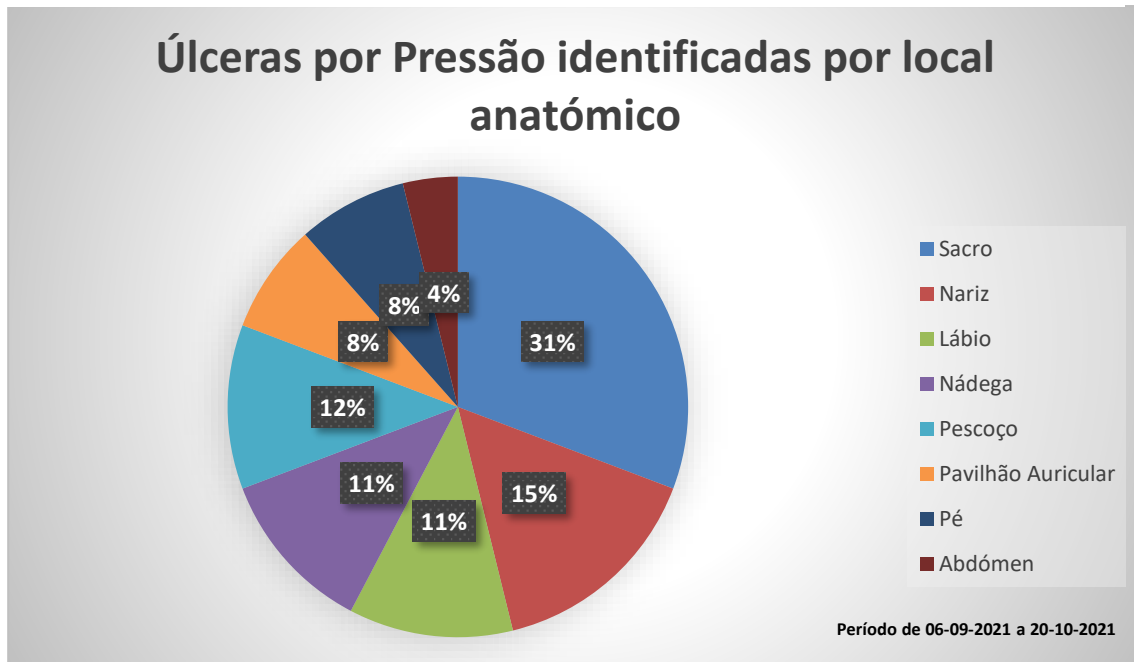
áreas com baixa concentração de tecido adiposo, como o nariz ou as orelhas. O que as *guidelines* internacionais protocolam, é que esta tipologia de úlceras deve ser categorizada conforme o sistema de classificação geral sendo que, as úlceras das mucosas, devem ser identificadas exatamente dessa forma: úlcera da mucosa (NPUAP, 2016; Johnson et al., 2017). Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (2011) sugere a aplicação da Escala de *Braden* para a identificação do risco de o doente desenvolver UP's o que, na prática de Cuidados Intensivos, acaba por não ser eficaz pela ausência de parâmetros de avaliação que incluam os dispositivos médicos. Assim, deve assumir-se que todos os doentes com necessidade de dispositivos médicos estão em risco de desenvolver UP's (Coleman et al., 2014 citado por Correia et al., 2020).

Úlceras por Pressão associadas a Dispositivos Médicos no [REDACTED]

Foi feito o levantamento da incidência das UPADM no [REDACTED], através do acesso aos registos de enfermagem pelo B_ICU_Care, durante o período de 06/09/2021 a 20/10/2021.

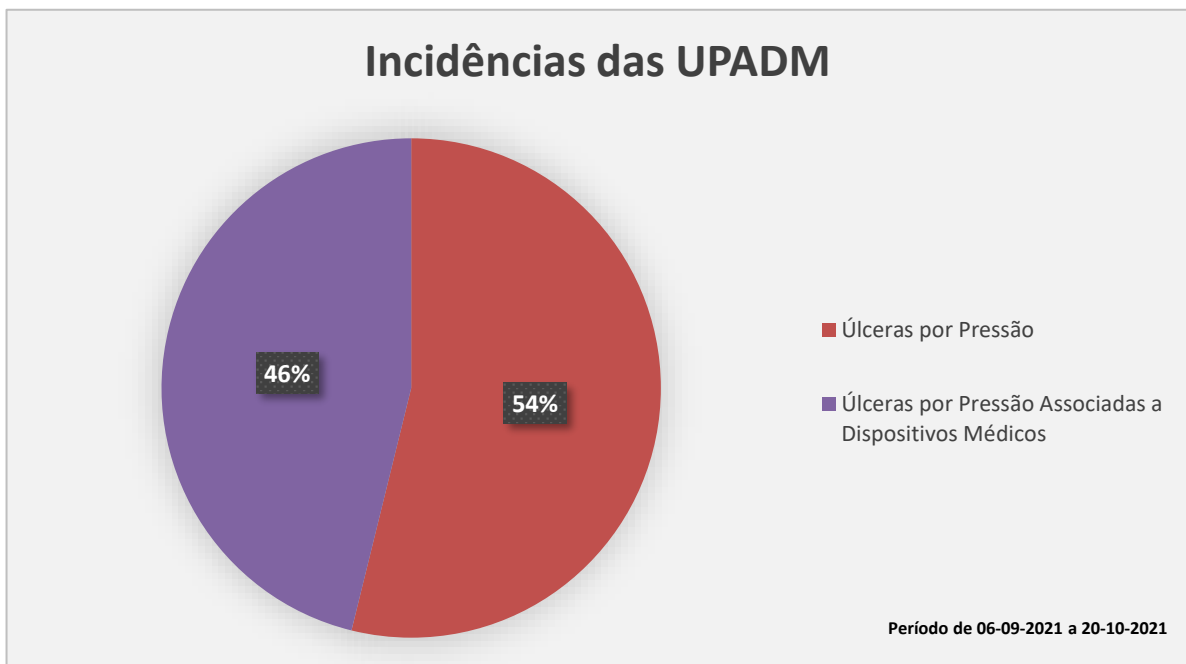
Segundo o registo anónimo fornecido pela Senhora Enfermeira Chefe da Unidade, a taxa de incidência da UP durante o período acima descrito foi de 22,86% e, deste total, 75% estavam cicatrizadas aquando da alta da UCI. No gráfico 1 está descrita a incidência de UP's por local anatómico.

Gráfico 1 – Incidência de Úlceras por Pressão na UCI, identificadas por local anatómico.



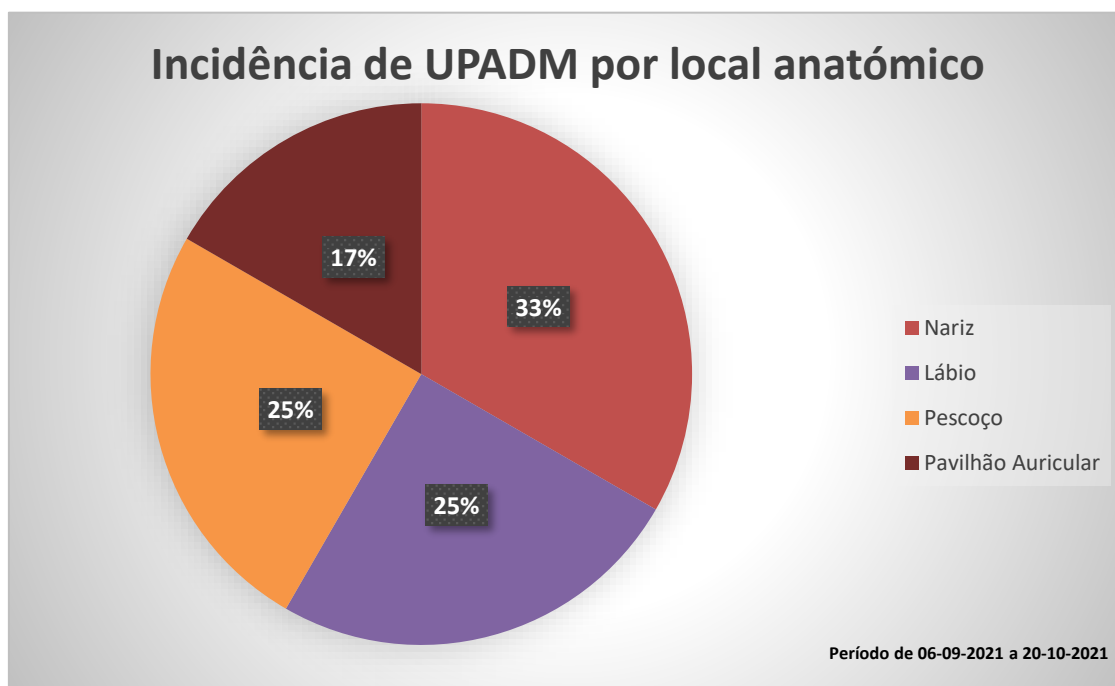
Segundo análise destes registos, deduz-se que, do total, 46% das UP's identificadas podem estar associadas a dispositivos médicos, nomeadamente as identificadas no nariz, lábio, pescoço e pavilhão auricular (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Incidência das Úlceras por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos



Das UPADM reconhecidas, conclui-se que 33% destas estão localizadas no nariz seguidas pelos lábios e pescoço, com uma percentagem equivalente de 25% (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Incidência das Úlceras por Pressão associadas a Dispositivos Médicos, por localização anatômica



Mantendo a análise de registos recolhidos, todas as úlceras foram categorizadas por grau reduzido, moderado ou elevado, conforme o programa informático de registos preconiza, mas apenas as úlceras dos lábios foram identificadas como associadas a dispositivos médicos.

Tendo em conta a curta janela temporal da análise e a dedução de que as úlceras identificadas podem estar diretamente relacionadas com dispositivos, conclui-se que a incidência de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos é significativa sendo, por isso, urgente atuar e otimizar os cuidados de enfermagem, de forma a prevenir o aparecimento das UPADM e, assim, promover o bem-estar geral do doente crítico.

Bundle de Intervenções de Enfermagem para prevenir Úlceras por Pressão associadas a Dispositivos Médicos

A prevenção de UPADM requer uma conscientização dos profissionais de saúde e uma rigorosa adesão às medidas preventivas (Alves et al., 2020). Um estudo de Tayyib et al. (2021) demonstra uma redução significativa da incidência de UPADM (redução de 13,4% para 0,89%) quando aplicadas *bundles* preventivas.

Assim, e conciliando as indicações da NPIAP (2020), as sugestões de Correia et al. (2020) e de Tayyib et al. (2021), foi desenvolvido um conjunto de intervenções preventivas como sugestão para um protocolo de atuação e, após a análise da Enfermeira Gestora e dos restantes elementos da equipa de Enfermagem, para possível implementação no Serviço de Medicina Intensiva 6:

- ✓ **Escolher corretamente o tamanho do dispositivo, fixando-o sem criar mais tensão do que a estritamente necessária;**
- ✓ **Reavaliar regularmente a necessidade do uso do dispositivo, removendo-o logo que a condição clínica do doente o permita;**
- ✓ **Evitar a colocação do dispositivo num local onde exista ou já tenha existido úlcera por pressão;**
- ✓ **Reposicionar frequentemente o dispositivo (pelo menos, uma vez por dia), desde que não esteja totalmente contraindicado;**
- ✓ **Avaliar, várias vezes por dia, a integridade cutânea sob e na área adjacente ao dispositivo, vigiando ainda mais frequentemente aquando da presença de edema localizado;**
- ✓ **Utilizar apósitos de proteção nas áreas de maior risco de desenvolvimento de UPADM (por exemplo, aplicação de penso espuma ou hidrocolóide no nariz);**
- ✓ **Registar sempre que se verifique a presença de uma UPADM, mesmo que num estadio inicial, para monitorização contínua – diferenciar sempre as UP das UPADM;**
- ✓ **Educar a equipa multidisciplinar sobre os potenciais riscos do uso dos dispositivos médicos e formas eficientes de os minimizar.**

BIBLIOGRAFIA

Alves, P., Gefen, A., Ciprandi, G., Coyer, F., Milne, C., ..., Schüeler, AB (2020). *Device-related pressure ulcers: SECURE prevention*. Consensus Document of Journal of Wound Care, 29 (2), S1-S52. doi: 10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1

Correia, N., Cruz, R. & Silva, R. (2020). Viabilidade Tecidular e Tratamento de Feridas. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 188-196). Lisboa: Portugal: Lidel – edições técnicas, lda.

Hanonu, S. & Karadag, A. (2016). *A Prospective, descriptive study to determine the rate and characteristics of and risk factors for the development of medical device-related pressure ulcers in intensive care units*. Ostomy Wound Manage 62 (2), 12-22. Disponível em [A Prospective, Descriptive Study to Determine the Rate and Characteristics of and Risk Factors for the Development of Medical Device-related Pressure Ulcers in Intensive Care Units \(hmpgloballearningnetwork.com\)](http://hmpgloballearningnetwork.com)

Johnson, M., Barnett, C., Wand, T. & White, K. (2017). *Medical device-related pressure injuries: An exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia*. Journal of Tissue Viability (26), 246-253. doi: 10.1016/j.jtv.2017.09.008

Karadag, A., Hanönü, S. & Eyikara, E. (2017). *A Prospective, descriptive study to assess nursing staff perceptions of and interventions to prevent medical device-related pressure injury*. Wound Management & Prevention 63 (10), 34-41. Disponível em [A Prospective, Descriptive Study to Assess Nursing Staff Perceptions of and Interventions to Prevent Medical Device-related Pressure Injury \(hmpgloballearningnetwork.com\)](http://hmpgloballearningnetwork.com)

Mehta, C., Ali, M., Mehta, Y., Joby, G., Singh, M. (2019). *MDRPU – an uncommonly recognized common problem in ICU: A point prevalence study*. Journal of Tissue Viability (28), 35-39. doi: 10.1016/j.jtv.2018.12.002

Ministério da Saúde – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2010, publicado em Diário da República sob Despacho nº 1400-A/2015, Série II de 2015-02-10, pp. 3882(1)-3882(10)

National Pressure Injury Advisory Panel (2016). *NPIAP Pressure Injury Stages*. Disponível em [npiap_pressure_injury_stages.pdf \(ymaws.com\)](https://www.npiap.org/wp-content/uploads/2016/05/npiap_pressure_injury_stages.pdf)

National Pressure Injury Advisory Panel (2020, February). *Best Practices for Prevention of Medical Device-Related Pressure in Critical Care*. Disponível em [MDPI-Poster2020 \(ymaws.com\)](https://www.mdpi.com/posters/2020/10/10/10)

Taayb, N., Asiri, M., Danic, S., Sahi, S., Lasafin, J., Generale, L., ..., Reyes, M. (2021). *The Effectiveness of the SKINCARE Bundle in preventing medical-device related pressure injuries in critical care units: A Clinical trial*. *ADV Skin Wound Care* (34), 75-80. doi: 10.1097/01.ASW.0000725184.13678.80

Torres, R. (2016). Úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos: um foco de atenção nos cuidados de enfermagem. *Incidência de Úlceras por Pressão associadas a Dispositivos Médicos* (9-45). Disponível em [Repositorio Científico IPVC: Incidência de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos](#)