

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

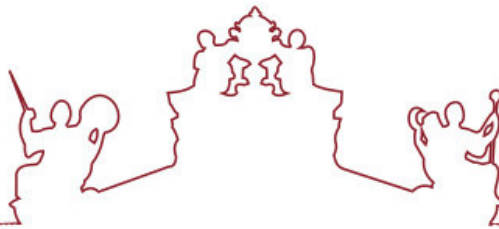
Relatório de Estágio

Relatório Estágio - Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos: O Cuidar Especializado do Enfermeiro

Inês Ferreira Silvestre

Orientador(es) | Maria Alice Gois Ruivo

Évora 2022



**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

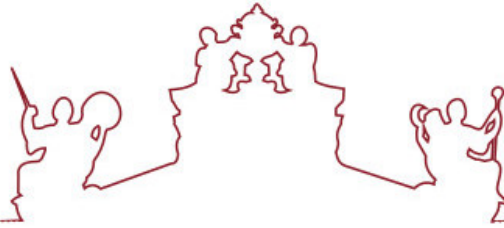
Relatório de Estágio

Relatório Estágio - Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos: O Cuidar Especializado do Enfermeiro

Inês Ferreira Silvestre

Orientador(es) | Maria Alice Gois Ruivo

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | Isabel Bico (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

“Sonhando sempre eu não tinha sonhado
Que n’esta vida sonha-se acordado,
Que n’este mundo a sonhar se vive!”

Fernando Pessoa

RESUMO

O Relatório de Estágio reflete o percurso académico orientado para a obtenção do grau de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Pretende demonstrar o processo de aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem, através da análise reflexiva acerca das atividades desenvolvidas na Unidade Curricular Estágio Final.

Perturbações do sono constituem uma problemática reconhecida em Unidade de Cuidados Intensivos com um impacto significativo na morbilidade e mortalidade. A proatividade dos enfermeiros na tomada de decisão face à implementação de intervenções promotoras do sono tem repercussões surpreendentes no conforto do doente crítico.

A concretização de uma Intervenção Profissional *Major* baseada na metodologia de projeto e assente nos princípios da prática suportada em evidência contribuiu para a melhoria contínua de qualidade nesta área de cuidados.

Palavras-Chave: Conjunto de Intervenções; Enfermagem de Cuidados Críticos; Melhoria de Qualidade; Sono.

INTERNSHIP REPORT - PROMOTION OF SLEEP IN THE CRITICAL SITUATION PATIENT IN INTENSIVE CARE UNIT: SPECIALIZED NURSING CARE

ABSTRACT

The Internship Report reflects the academic path oriented towards obtaining the Master's degree and Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Persons in Critical Situation. It intends to demonstrate the process of acquiring the common competences of the Specialist Nurse, specific to the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the Patient in Critical Situation and Master in Nursing, through a reflective analysis of the activities developed in the Final Internship Curricular Unit.

Sleep disorders are a recognized problem in Intensive Care Units with a significant impact on morbidity and mortality. Nurses' proactivity in decision-making regarding the implementation of sleep-promoting interventions has surprising repercussions on the comfort of critically ill patients.

The implementation of a Major Professional Intervention based on the project methodology and on the principles of evidence-based practice contributed to the continuous improvement of quality in this area of care.

Keywords: Patient Care Bundles; Critical Care Nursing; Quality Improvement; Sleep.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Alice Ruivo pela exigência, rigor e orientação.

À Enfermeira T.M. pelo profissionalismo, disponibilidade e partilha.

À Aida pelo suporte bibliográfico.

Aos colegas do Curso de Mestrado, em especial à Bruna, pelo companheirismo e apoio
nesta jornada.

À família pelo suporte, compreensão, incentivo e amor.

Aos enfermeiros, outros profissionais de saúde, doentes e famílias com quem nos
cruzamos e que contribuíram para o sucesso deste percurso.

A todos o sincero,

Muito obrigada!

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Artigo Científico: "A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Sono na Pessoa Internada em UCI: uma Scoping Review"	CXVI
APÊNDICE 2 - Cronograma da Intervenção Profissional Major	CXX
APÊNDICE 3 - Protocolo Quiet Time	CXXII
APÊNDICE 4 - Plano de Sessão de Formação.....	CXXXIII
APÊNDICE 5 - Sessão de Formação: "A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Sono na Pessoa Internada em UCI"	CXXXV
APÊNDICE 6 - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação	CXLI
APÊNDICE 7 - Projeto de Estágio	CXLIV
APÊNDICE 8 - Estudo de Caso.....	CLXV

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 - Richards-Campbell Sleep Questionnaire (Versão Portuguesa)	ccxv
ANEXO 2 - Autorização para utilização do RCSQ.....	ccxx
ANEXO 3 - Certificado de Apresentação de Comunicação Livre no III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde	ccxxii
ANEXO 4 - Certificado do Curso Suporte Avançado de Vida.....	ccxxiv
ANEXO 5 - Certificado do Curso International Trauma Life Support	ccxxvi
ANEXO 6 - Certificado de Participação nas IV Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva.....	ccxxviii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura Concetual da Teoria do Conforto	24
Figura 2 - Fluxograma de Seleção de Artigos	57

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Conceitos Meta Paradigmáticos da Teoria do Conforto	22
Quadro 2 - Avaliação da Teoria do Conforto segundo os critérios de Fawcett	25
Quadro 3 - Critérios Comportamentais e Critérios Neurofisiológicos do Sono	27
Quadro 4 - Síntese das Intervenções Autónomas e Interdependentes promotoras do sono	43
Quadro 5 - Análise SWOT	52
Quadro 6 - Recursos Humanos, Materiais e Técnicos previstos para a Intervenção Profissional <i>Major</i>	53

LISTAGEM DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE - *Airways, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AO – Assistente Operacional

APA - *American Psychological Association*

BIS - Índice Bispectral

BO - Bloco Operatório

CA - Cateter Arterial

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral da Saúde

DRE - Diário da República Eletrónico

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEG - Eletroencefalograma

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMG - Eletromiograma

EOG - Eletro-oculograma

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ICS - Infeção da Corrente Sanguínea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IRA - Insuficiência Respiratória Aguda

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*

ITU - Infeção do Trato Urinário

JBI - *Joanna Briggs Institute*

LASA - *Look-Alike Sound-Alike*

LRA - Lesão Renal Aguda

MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Metilicina

NIC - *Nursing Interventions classification*

NREM - *Rapid Eye Movements*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PCC - *Participants, Concept e Context*

PCR - Paragem Cardio Respiratória

p.e. - por exemplo

PEI - Plano de Emergência Interno

PiCCO - *Pulse Contour Cardiac Output*

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM - Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RCE - Recuperação da Circulação Espontânea

RCSQ - *Richards-Campbell Sleep Questionnaire*

REM - *Rapid Eye Movements*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNEHR - Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAV - Suporte Avançado de Vida

SCr - Creatinina Sérica

SDRA - Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPIKES - *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy and Summary*

SUG - Serviço de Urgência Geral

SWOT - *Strengths, Weakness, Threats e Opportunities*

TSR - Técnica de Substituição Renal

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UE - Universidade de Évora

UIPA - Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

UPP - Úlcera Por Pressão

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	19
1.1 Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	20
1.2 Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica Internada em UCI	26
1.2.1 Conceito de sono	26
1.2.2 Fases e estágios do sono	28
1.2.3 Aspetos anatomofisiológicos do sono	30
1.2.4 O sono em contexto de UCI.....	31
1.2.5 Intervenções de enfermagem promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI.....	33
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	44
2.1 Instituição	44
2.2 Unidade de Cuidados Intensivos.....	45
3. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR	50
3.1 Diagnóstico de Situação	50
3.2 Definição de Objetivos	52
3.3 Planeamento e Execução	53
3.4 Avaliação.....	61
3.5 Divulgação dos resultados.....	63
3.6 Considerações Éticas	64
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	65
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem	66
4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem.....	84
5. CONCLUSÃO	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório de Estágio, inserida no 3º semestre do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) - A Pessoa em Situação Crítica (PSC), a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora (UE) entre 2020/2022, em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal.

De acordo com o Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto de 2018, emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2 — O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (Diário da República Eletrónico (DRE), 2018, p. 4162).

Como objetivos do Curso de Mestrado em Enfermagem destacam-se:

- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- Promover a melhoria da qualidade aos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
- Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica;
- Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

O Artigo 20º do Decreto-Lei supramencionado acrescenta que o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre integra: “a) Um curso de especialização, constituído por um conjunto organizado de unidades curriculares, denominado curso de mestrado (...); b) Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto (...) ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (DRE, 2018, p. 4164). Neste sentido, com o intuito de obtenção do Grau de Mestre, procedeu-se à elaboração deste relatório final de estágio de natureza profissional, o qual se encontrará sujeito a discussão pública e aprovação. Este relatório consiste na exposição objetiva e detalhada do resultado do percurso teórico e prático desenvolvido ao longo do Estágio Final, o qual desenvolveu-se numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Centro Hospitalar integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Alice Ruivo e supervisão clínica de uma Enfermeira Especialista em EMC, no período entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022, e, compreendeu um total de 339 horas de contato.

Como objetivos de aprendizagem definidos para o Estágio Final enunciam-se:

- Integrar princípios das teorias e modelos conceituais em EMC no processo de cuidados à PSC e/ou falência orgânica;
- Desenvolver a prática clínica à PSC e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;

- Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colaborar em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participar na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Desde modo, o Estágio Final pressupõe o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área da PSC e de Mestre definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), as quais abrangem competências no âmbito da investigação, pelo que nos foi proposta a realização de um trabalho assente na metodologia de projeto, o qual versou sobre a temática: “Prestação de cuidados complexos em UCI com enfoque na melhoria da qualidade dos cuidados a prestar na Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica internada em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos”. Como referencial teórico, salienta-se que este projeto foi desenvolvido à luz da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, a qual se encontra amplamente abordada no Enquadramento Conceptual deste relatório.

O sono é uma necessidade humana básica e um componente fundamental para garantir o bem-estar da pessoa em todas as fases da vida (Garripol, Dragonetti, & D’Orazio, 2017) e a manutenção da homeostasia de diversos sistemas orgânicos, correspondendo a um foco sensível aos cuidados de enfermagem. Perturbações do sono e do ritmo circadiano são uma problemática reconhecida em UCI, sendo o sono neste contexto caracterizado como superficial, fragmentado e de má qualidade (Qinglan, Redeker, Pisani, Yaggi, & Knauert, 2017), conduzindo a disfunções físicas, cognitivas e sociais, com conseqüente impacto no aumento da morbilidade e mortalidade (Knauert, et al., 2019).

Os enfermeiros deparam-se com um importante desafio nesta área de cuidados, tornando-se premente o estudo e o desenvolvimento de intervenções que visem a promoção do sono da pessoa internada em UCI. Neste sentido, aliado ao propósito de desenvolver competências comuns do EE, específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem, emerge

o interesse pela compreensão do sono enquanto fenómeno da PSC internada em UCI e o desenvolvimento de competências nesta matéria que se traduzam na consolidação de intervenções de enfermagem com impacto na melhoria da qualidade dos cuidados e nos níveis de satisfação desta população.

Este Relatório tem como **objetivo geral**:

- Demonstrar a aquisição das competências comuns do EE, específicas do EEEMC na área da PSC e de Mestre em Enfermagem, desenvolvidas ao longo do Estágio Final.

Como **objetivos específicos** delineiam-se:

- Apresentar de forma estruturada o quadro conceptual que constituiu o pilar do presente relatório.
- Divulgar o projeto desenvolvido no decorrer do Estágio Final no âmbito da promoção do sono da PSC internada em UCI.
- Descrever as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final.
- Analisar e refletir acerca do processo de desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas do EEEMC na área da PSC e de Mestre.

De acordo com os objetivos descritos, este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo procedemos ao enquadramento teórico-conceptual do trabalho, com recurso à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. O segundo capítulo destina-se a uma breve caracterização do contexto clínico no qual decorreu o Estágio Final. No terceiro capítulo explanamos a Intervenção Profissional *Major* desenvolvida em contexto de estágio de acordo com a metodologia de projeto, pelo que procedemos a uma descrição detalhada de cada uma das suas etapas. O quarto capítulo aborda as atividades desenvolvidas em Estágio Final e uma análise crítica e reflexiva acerca do processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE, específicas do EEEMC na área de PSC e de Mestre em Enfermagem. Terminamos este documento com a conclusão, a qual contempla uma síntese dos principais contributos deste relatório, bem como uma análise dos objetivos propostos.

Ressalva-se que todo o processo formativo suportou-se no quadro de referência orientador do exercício da profissão de enfermagem, nomeadamente no Código Deontológico do Enfermeiro, no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no Regulamento n.º 140/2019 relativo às competências comuns do EE, no Regulamento n.º 429/2018 referente às competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC, bem como no

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na área de enfermagem à PSC.

Este Relatório segue as normas de formatação da Universidade de Évora e as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association (APA) 6ª edição, tendo sido redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

No âmbito do processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE, específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem preconizou-se a realização de uma Intervenção Profissional *Major*, a qual correspondeu a uma das atividades desenvolvidas no decorrer da UC Estágio Final. Esta intervenção assentou na metodologia de projeto e pretendeu contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC, encontrando-se detalhadamente descrita no terceiro capítulo deste Relatório.

A identificação da temática surge numa fase inicial do Estágio Final, por meio da observação da prática clínica e do recurso a entrevistas exploratórias não estruturadas à Enfermeira Coordenadora, Enfermeira Orientadora e restante equipa de enfermagem, tendo sido validada, de seguida, pela Docente responsável pela orientação pedagógica. Tendo em conta a relevância e o interesse manifestado pelos diferentes intervenientes, determinou-se pertinente a abordagem da prestação de cuidados complexos em UCI com enfoque na melhoria da qualidade dos cuidados a prestar na “Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica internada em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos”.

Uma vez identificado o domínio do estudo, torna-se fundamental proceder ao enquadramento teórico e conceptual que o suporta. Este capítulo explana as definições e conceitos do fenómeno a investigar, tendo por base uma *Scoping Review* (APÊNDICE 1) realizada com o intuito de prover a mais recente evidência científica sobre o tema alvo de estudo. Enquadrando-se esta temática nos enunciados descritivos do “bem-estar e autocuidado” patentes nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na área de Enfermagem à PSC (OE, 2017), considerou-se imprescindível a contextualização e fundamentação dos elementos-chave do estudo à luz dos princípios da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, a qual constitui o alicerce de todo o processo de investigação.

1.1 Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

A Teoria do Conforto foi desenvolvida na década de 90 por Katharine Kolcaba, no âmbito do seu curso de Doutorado em Enfermagem. Em contraste com grandes teorias, abstratas por definição, esta enquadra-se nas teorias de médio alcance, propondo menos conceitos e relacionamentos, constituindo-se concreta, de fácil utilização e adaptável a uma ampla gama de práticas e experiências (Kolcaba, 2001). A autora assume como missão restituir a importância do conforto na prática de enfermagem, incitando os enfermeiros e outros profissionais de saúde a prover cuidados de conforto Kolcaba (2003).

A análise do conceito de conforto por parte de Katharine Kolcaba teve início com uma extensa revisão da literatura em diversas disciplinas, nomeadamente de enfermagem, medicina, psicologia, psiquiatria, ergonomia e inglês, tendo concluído que o termo conforto foi frequentemente utilizado nas mais diversas formas, mas não esclarecido ou definido (Kolcaba, 2001).

No domínio de enfermagem, a autora encontra um precioso registo histórico do uso de conforto no relato de Nightingale em *Notas de Enfermagem*. Assim, em 1859, o conforto é reconhecido por Florence Nightingale como sendo essencial para os doentes, referindo-se à capacidade de observação em enfermagem como um instrumento para salvar vidas, incrementar a saúde e o conforto (Kolcaba, 2003).

De acordo com Goodnow (1919), o conforto mental ou emocional é atingido através da promoção do conforto físico do doente e da modificação de determinadas variáveis ambientais. Semelhante opinião é partilhada por Harmer, afirmando em 1926 que, os cuidados de enfermagem visam proporcionar conforto, tendo em conta a tranquilidade física e mental (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo Aikens (1929), o conforto constitui o objetivo central da equipa multidisciplinar, através do qual se promove a recuperação do doente, sendo o profissional de enfermagem encorajado a prestar atenção aos pormenores que influenciam o conforto dos doentes. Deste modo, estabelece-se que um bom profissional de enfermagem prime pelo conforto dos doentes, sendo este considerado um fator prioritário e determinante na habilidade e personalidade do enfermeiro (Tomey & Alligood, 2004).

Para Morse (1983), o conforto holístico é “a ação de enfermagem mais importante na prestação dos cuidados de enfermagem aos doentes” (Tomey & Alligood, 2004, p.483), sendo que Hamilton (1989) acrescenta que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes (Tomey & Alligood, 2004).

Benner (1984) referenciada por Kolcaba (2003) elucida que, para se tornar perito, o enfermeiro necessita compreender que as competências não técnicas, na qual a promoção do conforto se insere, são tão ou mais importantes que as competências técnicas. Benner (2001) considera crucial proporcionar tanto conforto quanto a situação o permita, sugerindo o recurso ao toque para reconfortar e estabelecer contacto com o doente, salientando este ser, muitas vezes, o único meio de proporcionar conforto e estabelecer comunicação com o mesmo.

Após uma profunda análise de conforto na enfermagem, Kolcaba (2003) enuncia os fundamentos filosóficos em que assentam a Teoria do Conforto, dos quais se destacam:

- Os seres humanos respondem de forma holística perante estímulos complexos.
- Os prestadores de cuidados de saúde avaliam as necessidades de conforto dos doentes/família e implementam intervenções para atender a essas necessidades.
- Os prestadores de cuidados de saúde avaliam o conforto antes e após a implementação das intervenções.
- A melhoria no conforto encoraja os doentes a empreenderem em comportamentos de procura de saúde.
- Os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem proactivamente comportamentos de procura de saúde demonstram satisfação com os cuidados de saúde.
 - A integridade institucional é reforçada quando os comportamentos de procura de saúde são aprimorados.

No que respeita aos conceitos meta paradigmáticos da Teoria do Conforto, estes encontram-se sintetizados no quadro 1 (Conceitos Meta Paradigmáticos da Teoria do Conforto).

Quadro 1 - Conceitos Meta Paradigmáticos da Teoria do Conforto

<p>Enfermagem: Identificação das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para colmatar as necessidades identificadas e a reavaliação dos níveis de conforto, após a implementação das medidas.</p>	<p>Doente: Quem recebe os cuidados (indivíduos, famílias, instituições ou comunidades).</p>
<p>Ambiente: Qualquer variável referente ao doente que pode ser manipulada, tendo em vista a melhoria do conforto.</p>	<p>Saúde: Consiste no funcionamento ótimo, facilitado pelo aumento do conforto, considerando a definição do doente, família ou comunidade.</p>

Fonte: Kolcaba (2003)

Relativamente a conceitos chave da Teoria do Conforto, Kolcaba define:

- **Conforto:** “Experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos (físico, psico espiritual, social e ambiental)” (Kolcaba, 2003, p. 14). Segundo a autora a Teoria do Conforto é uma teoria humanista, holística e baseada nas necessidades do doente, diferenciando três tipos de conforto: **alívio** “experiência de um doente que viu satisfeita uma necessidade de conforto específica” (Kolcaba, 2003, p. 9), **tranquilidade** “estado de calma ou contentamento” (Kolcaba, 2003, p. 9) e **transcendência** “estado que se eleva ao problema ou dor” (Kolcaba, 2003, p. 9). No que respeita à sua natureza holística, Kolcaba define conforto físico aquele “relativo a sensações corporais e mecanismos homeostáticos que podem ou não estar relacionados a diagnósticos específicos” (Kolcaba, 2003, p.12). O conforto psico espiritual engloba componentes mentais, emocionais e espirituais do ‘Eu’, sendo por definição “aquilo que dá sentido à vida de um individuo e envolve autoestima, autoconceito, sexualidade e relacionamento com uma ordem ou ser superior” (Kolcaba, 2003, p.12). No seguimento, conforto ambiental é “relativo ao ambiente externo, condições e influencias” (Kolcaba, 2003, p.13) e conforto sociocultural “relativo a relacionamentos interpessoais, familiares e sociais incluindo finanças, educação e apoio (...), tradições, língua e costumes” (Kolcaba, 2003, p.14).

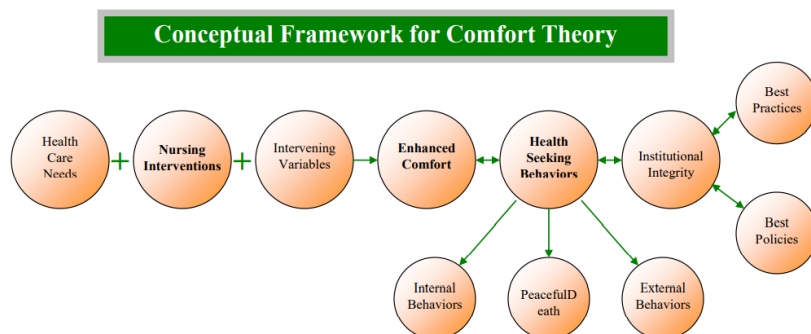
- **Necessidades de cuidados de saúde:** Necessidades de conforto (físicas, psico-espirituais, socioculturais e ambientais) resultantes de situações de cuidados de saúde geradores de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos mecanismos de suporte habituais (Kolcaba, 2003).

- **Medidas de conforto:** Intervenções de enfermagem realizadas com vista a responder às necessidades de conforto identificadas (Kolcaba, 2003).
- **Variáveis intervenientes:** Fatores que influenciam a perceção da pessoa acerca do conforto, tais como a idade, estado emocional, experiências anteriores, situação económica (Kolcaba, 2003).
- **Comportamentos de procura de saúde:** Comportamentos adotados pelas pessoas na procura do bem-estar, tendo por base a definição de saúde individual, podendo ser internos ou externos (Kolcaba, 2003).
- **Integridade Institucional:** Valores, estabilidade financeira e integridade das organizações de cuidados de saúde. Inclui a satisfação do doente, redução de custos, acessibilidade, diminuição das taxas de morbilidade, diminuição das taxas de internamento e de readmissão, entre outras (Kolcaba, 2003).

Kolcaba (2003) defende que o conforto efetivo resulta da coerência entre as necessidades dos doentes e as intervenções de enfermagem. A autora perspetiva enfermagem como o resultado de uma apreciação intencional das necessidades de conforto, conceção das medidas de conforto e a sua reapreciação. A apreciação e reapreciação podem ser intuitivas/subjetivas, considerando o que o doente transmite, ou objetivas, através da observação e análise de dados físicos. O conforto é assim um resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem (Kolcaba, 2003). Neste sentido, no que concerne à aplicação prática (Processo de Enfermagem) da Teoria do Conforto, esta consiste na avaliação holística (avaliação de enfermagem) e identificação das necessidades de conforto dos doentes (diagnósticos de enfermagem), na implementação de intervenções holísticas de forma a atender a essas necessidades (intervenções de enfermagem) e avaliação das medidas aplicadas (resultados de enfermagem).

Sistematizando, a Teoria do Conforto assenta nos pressupostos que os enfermeiros avaliam as necessidades de conforto dos doentes/famílias e implementam intervenções que visem o aumento/restabelecimento do conforto, procedendo à respetiva avaliação dos resultados. A melhoria no conforto encontra-se diretamente relacionada com a adoção de comportamentos de procura de saúde. Por sua vez, a integridade institucional é reforçada quando os comportamentos de procura de saúde são aprimorados, refletindo-se na satisfação dos doentes em relação aos cuidados de saúde, na satisfação dos enfermeiros e na redução de custos (Kolcaba, 2003), conforme indica a estrutura concetual da Teoria do Conforto representada na Figura 1.

Figura 1 - Estrutura Conceitual da Teoria do Conforto



Fonte: (Kolcaba, 2003)

De acordo com Fawcett (2005), as teorias definem-se consoante o seu nível de abstração e alcance, desde as teorias de médio alcance, que se caracterizam por serem mais concretas e estreitas, às grandes teorias que são mais abstratas e amplas. A autora acrescenta que a teoria de médio alcance deriva diretamente de um modelo conceptual e é composta por um número limitado de conceitos e proposições, que são descritos num nível relativamente concreto e específico.

A análise de uma teoria requer descrições objetivas e sem julgamentos, no entanto, a sua avaliação necessita de julgamentos sobre o cumprimento de certos critérios estabelecidos. Fawcett (2005) define seis critérios que permitem a avaliação de grandes teorias e teorias de médio alcance, nomeadamente: significância, consistência interna, parcimónia, testabilidade, adequação empírica e adequação pragmática.

A significância tem como foco de atenção os contextos da teoria e o seu contributo para a disciplina de enfermagem, pelo que se devem encontrar explícitos os conceitos e proposições, as questões filosóficas e o modelo conceptual (Fawcett, 2005). A consistência interna recai sobre a coerência entre todos os elementos do trabalho, incluindo as reivindicações filosóficas, o modelo conceptual, os conceitos e as proposições. Os conceitos devem apresentar clareza e consistência semântica (Fawcett, 2005). A parcimónia diz respeito ao conteúdo da teoria, pelo que se realça que esta deve conter o menor número de conceitos e proposições, tornando-se clara e concisa, no entanto, sem simplificar demasiado o fenómeno em estudo (Fawcett, 2005). Em relação à testabilidade, esta é considerada uma característica determinante numa teoria científica, devendo esta ser baseada em indicadores empíricos e passível de ser aplicada e

utilizada (Fawcett, 2005). No que respeita à adequação empírica, as afirmações teóricas devem ser coerentes com a evidência empírica existente sobre o fenómeno em estudo. Por fim, a adequação pragmática centra-se na utilidade da teoria para a prática de enfermagem. Este critério exige que as ações de enfermagem baseadas na teoria, devem ser compatíveis com as expectativas da prática e têm de ser socialmente significativas, contribuindo para resultados favoráveis, como por exemplo, a redução de complicações e melhoria nas condições de saúde (Fawcett, 2005). O quadro 2 sintetiza a avaliação da Teoria do Conforto, de acordo com os critérios supramencionados de análise e avaliação de modelos e teorias de enfermagem de Fawcett (2005).

Quadro 2 - Avaliação da Teoria do Conforto segundo os critérios de Fawcett

Consistência Interna	- Conceitos, proposições e modelo concetual coerentes. - Clareza e consistência semântica dos conceitos. - Consistência estrutural das proposições.
Parcimónia	- Conteúdo claro e conciso.
Testabilidade	- Conceitos empiricamente observáveis e proposições mensuráveis. - Testagem e comprovação em diversos contextos: Pediatria, Psiquiatria, Cuidados Peri-anestésicos.
Adequação Empírica	- Afirmações congruentes, com evidência empírica. As intervenções de enfermagem promovem o conforto e aumentam os comportamentos de procura de saúde.
Adequação Pragmática	- Relevante para a disciplina de enfermagem: prática de enfermagem centrada na satisfação das necessidades de conforto, com resultados benéficos na satisfação do doente, enfermeiros e instituições.

Fonte: Própria com base em Fawcett (2005).

Neste subcapítulo procedemos ao emolduramento do trabalho sob a perspetiva da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, com enfoque nos seus princípios filosóficos, conceitos chave e estrutura conceptual, terminando com uma sucinta avaliação da mesma de acordo com os critérios de Fawcett. Seguidamente explanamos os principais conceitos inerentes à temática da promoção do sono na pessoa internada em contexto de UCI.

1.2 Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica Internada em UCI

Para a compreensão da temática em estudo considerou-se imprescindível a revisão do conceito de sono, das fases e estágios do sono, assim como dos aspetos anatomofisiológicos inerentes a este processo, os quais serão apresentados de seguida. Neste subcapítulo abordaremos, de igual modo, os aspetos mais relevantes que caracterizam o sono na PSC internada em UCI, bem como as intervenções de enfermagem promotoras do sono neste contexto assistencial, tendo por base a mais recente evidência científica sobre o tema.

1.2.1 Conceito de sono

O sono é um fenómeno complexo devido à natureza peculiar das suas manifestações comportamentais e psicológicas. A interrupção da atividade vígil, o padrão cíclico, a duração (ocupa cerca de um terço da vida do ser humano), a analogia com a morte, a coexistência de sonhos e a proximidade com os níveis mais “profundos” e “irracionais” do ser, constituem aspetos enigmáticos que permanecem por esclarecer até à data (Paiva & Bentes, 2016). Despoletando o interesse por parte de diversos especialistas, o sono tem sido alvo de exaustivo estudo, tendo o seu conceito evoluído ao longo do tempo.

Foi na primeira metade do século XX que se reconheceu que o sono não era simplesmente ausência de vigília ou de atividade cerebral, mas pelo contrário, um processo cerebral ativo. Em meados do século XX descobre-se que o sono é composto por dois estados, o sono REM (*Rapid Eye Movements*) e o sono NREM (*Non Rapid Eye Movement*). O ser humano, à semelhança da maioria dos mamíferos, passa a vida em três estados inteiramente diferentes entre si, a vigília, o sono REM e o sono NREM (Garcia & Coelho, 2009).

Sorensen & Luckmann's (1998) perspetivam o sono como um estado de relaxamento necessário a todos os seres humanos, constituindo um processo natural e universal de serenidade, essencial para garantir a restauração das funções cerebrais, sendo caracterizado pela diminuição da perceção e reação ao meio ambiente, podendo, ao invés do coma, o individuo ser despertado por meio de sensações táteis, auditivas e visuais.

À semelhança, Silveira, Bock, & Silva (2012) referem-se ao sono como um estado complexo de aparente descanso, qualitativa e quantitativamente variável, caracterizado pela suspensão parcial da percepção de fatores ambientais e da mobilidade voluntária. Os autores acrescentam ser um estado de consciência particular que difere do coma ou da sedação por ser funcional, recorrente e, espontaneamente reversível.

Correspondendo a um foco sensível aos cuidados de enfermagem, o sono é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como um processo corporal caracterizado pela “diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição da consciência; não acordado acompanhado de: não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (CIPE® Versão 2015, 2016, p.85).

Na perspetiva de Paiva & Bentes (2016), o sono é um estado de imobilidade, durante o qual o ser encontra-se parcialmente “desconetado” do ambiente que o rodeia, sendo que a sua caracterização objetiva obedece a critérios comportamentais e neurofisiológicos, os quais se enunciam no quadro 3 (Critérios Comportamentais e Critérios Neurofisiológicos do sono).

Quadro 3 - Critérios Comportamentais e Critérios Neurofisiológicos do Sono

Critérios Comportamentais	Critérios Neurofisiológicos
<ul style="list-style-type: none">- Mobilidade nula ou ligeira.- Olhos fechados.- Resposta reduzida a estímulos exteriores.- Posição característica.- Reversibilidade.	<ul style="list-style-type: none">- EEG (eletroencefalograma): Lentificação da eletrogénese cerebral, inicialmente oscilante e depois persistente, com atividades transitórias variáveis e próprias de cada fase do sono.- EOG (eletro-oculograma): Inicialmente, há movimentos oculares lentos, que se reduzem no sono lento mais profundo; os movimentos dos olhos são frequentes e sacádicos no sono REM ou paradoxal.- EMG (eletromiograma): O tónus muscular diminui durante o sono e é praticamente nulo no sono REM ou paradoxal.

Fonte: (Paiva & Bentes, 2016, p. 71)

Garripol, Dragonetti, & D’Orazio (2017) reportam-nos para o sentido de conforto inerente a este processo, destacando que o sono constitui uma necessidade humana básica e um componente essencial para garantir o bem-estar da pessoa em todas as fases da vida.

Lessa, et al. (2020) advertem que se trata de um processo fisiológico essencial para a manutenção de diversos mecanismos intrínsecos à homeostasia humana, pelo que a sua privação acarreta alterações importantes no funcionamento físico, cognitivo e social, com consequente comprometimento na qualidade de vida.

1.2.2 Fases e estágios do sono

O sono está integrado no sistema sono-vigília (Paiva & Bentes, 2016) e o seu estadiamento neurofisiológico segue as normas internacionais do Manual de Estadiamento do Sono e de Eventos Associados emanados pela Associação Americana de Medicina do Sono. Como tal, o estadiamento do sono baseia-se no padrão típico das ondas cerebrais (eletroencefalografia), na atividade muscular (eletromiografia) e nos movimentos oculares (eletro-oculograma), pelo que, estruturalmente o sono é constituído por duas fases distintas: NREM e REM (Neves, Macedo, & Gomes, 2017).

A duração de cada uma das fases é cíclica e varia de acordo com a evolução das horas, sendo previsível um ciclo noturno completo ter a duração de 90 minutos. Em cada noite ocorre cerca de cinco ciclos de sono, registando-se em cada um deles uma progressão para o sono mais profundo. Habitualmente o sono NREM é o primeiro padrão no ciclo do sono, seguindo-se a REM (Lessa, et al., 2020).

O sono NREM representa aproximadamente 75% de uma noite de sono (Neves, Macedo, & Gomes, 2017) e subdivide-se em três estágios de profundidade que se caracterizam por um limiar crescente para o despertar: o estágio I é a transição entre o estado de vigília e o sono e tem a duração aproximada de 5 a 10 minutos; estágio II constitui o início do sono fisiológico e tem a duração de 10 a 20 minutos; estágio III é a fase mais profunda deste padrão, podendo variar entre 20 e 40 minutos (Melo, et al., 2019). Do ponto de vista fisiológico, o estágio I caracteriza-se por atividade cortical de baixa frequência e amplitude, redução da atividade

muscular em relação à vigília e movimentos oculares lentos. O surgimento de complexos K (mais evidentes nas regiões frontais) e fusos do sono marcam o estágio II e, a presença de ondas delta (ondas de elevada amplitude e baixa frequência) em pelo menos 20% num período de 30 segundos definem o estágio III (sono de ondas lentas) (Neves, Macedo, & Gomes, 2017).

O sono REM representa cerca de 25% do tempo total de sono (Neves, Macedo, & Gomes, 2017) e corresponde à fase mais profunda de todo o ciclo de sono, podendo durar entre 5 e 15 minutos (Melo, et al., 2019). Fisiologicamente é caracterizado por uma atividade cortical de frequência mista e baixa amplitude, redução ou ausência de tônus muscular e movimentos oculares rápidos. Devido ao aumento da atividade parassimpática, regista-se diminuição da pressão arterial, da frequência cardíaca, da resistência vascular periférica e do controlo da temperatura corporal. Também a ventilação alveolar e o tônus muscular das vias aéreas superiores se encontram diminuídas, com conseqüente aumento da resistência nas vias aéreas. Esta fase é marcada pela ocorrência de sonhos e consolidação da informação apreendida durante o dia (Neves, Macedo, & Gomes, 2017).

Cada uma destas fases desempenha funções distintas no organismo. O sono NREM promove a restauração do Sistema Nervoso Central (SNC) e do sistema imunitário, pelo que uma privação desta fase pode originar imunossupressão a curto ou longo prazo. O sono REM promove a adaptação a eventos emocionais através dos sonhos, consolida a memória e estimula a criatividade, podendo a sua privação implicar alterações significativas na memória a curto e longo prazo (Lessa, et al., 2020).

As características do sono variam de acordo com a idade, nomeadamente a organização circadiana do sono, o tempo total de sono e os parâmetros e as fases do sono. O sono de uma criança recém-nascida é polifásico (dorme várias vezes por dia), aos dois anos é bifásico, com um episódio noturno e a sesta, e, monofásico na idade escolar, persistindo desde modo em toda a idade adulta, para retornar a ser bi ou polifásico na idade geriátrica (Paiva & Bentes, 2016).

Em relação ao tempo total de sono por dia, o recém-nascido dorme 16 a 18 horas, o latente 14 a 15 horas, a criança de 3-4 anos dorme aproximadamente 12 horas, a criança de 10-12 anos cerca de 10 horas, os adolescentes 8 a 9 horas, os adultos 7 a 8 horas e os idosos entre 5-6 horas (Paiva & Bentes, 2016).

No que respeita às fases do sono, o sono do recém-nascido caracteriza-se por ser constituído por cerca de 50% de sono REM, percentagem que nos primeiros anos de vida diminui para 20%, mantendo-se esta proporção ao longo da vida adulta, reduzindo apenas na idade geriátrica (Paiva & Bentes, 2016). Também Neves, Macedo, & Gomes (2017) reforçam que os idosos podem apresentar sono mais superficial, com diminuição dos estágios III e REM e aumento dos estágios I e II, enquanto nas crianças se verifica o oposto.

1.2.3 Aspetos anatomofisiológicos do sono

O ciclo sono-vigília segue uma periodicidade circadiana, sendo a regulação deste ciclo resultado de uma interação complexa entre dois processos: homeostático e circadiano. O processo homeostático refere-se à libertação de substâncias que promovem o sono, enquanto o processo circadiano relaciona-se com a variação cíclica do estado de vigília e de sono (Neves, Macedo, & Gomes, 2017). Ao despertar verifica-se uma reduzida ou inexistente influência do fator homeostático, enquanto a regulação circadiana proporciona influências excitatórias no córtex cerebral. Em contrapartida, com o avançar das horas ocorre incremento no impulso homeostático, conduzindo a um aumento da atividade excitatória promovida pelo núcleo supraquiasmático (Neves, Macedo, & Gomes, 2017).

No que respeita ao processo homeostático, destacam-se a produção hormonal de melatonina e de adenosina. A melatonina é uma hormona secretada pela glândula pineal e a sua produção difere de acordo com a exposição e a variação da luz no ambiente, encontrando-se os seus níveis no SNC mais reduzidos durante o dia e mais elevados no período noturno (Lessa, et al., 2020). Acerca dos níveis plasmáticos desta hormona, Neves, Macedo, & Gomes (2017) especificam que estes começam a aumentar entre 1 e 3 horas antes do horário normal de sono, atingindo o seu pico próximo ao nadir, ponto mais baixo da temperatura corporal. Em contrapartida, a adenosina é um neurotransmissor que reduz a necessidade de energia pelas células nervosas, encontrando-se no SNC em concentrações muito reduzidas durante os períodos de sono e mais elevada nos períodos de vigília (Lessa, et al., 2020).

No que respeita ao processo circadiano, este é caracterizado por uma sincronia entre as funções endógenas e as variações ambientais que ocorrem durante o dia, em especial a luminosidade, que promove a vigília durante o dia e consolida o sono no período noturno (Neves, Macedo, & Gomes, 2017). Do latim *circa diem* que significa “cerca de um dia” (Infopédia, 2021), o termo ritmo circadiano designa a variação nas funções biológicas de diversos seres vivos que se repetem regularmente ao longo de um dia, sendo decorrente de um mecanismo evolutivo universal de adaptação ao meio ambiente (Edvardsen & Hetmann, 2020). Este ciclo é regulado no hipotálamo e funciona como um relógio biológico endógeno de 24 horas que regula diversos processos fisiológicos, incluindo o sono, organizando-os cronologicamente durante o dia (Walker M., 2018) referenciado em (Lessa, et al., 2020).

Numa perspetiva fisiológica mais aprofundada, a nível molecular, a ritmicidade circadiana endógena é impelida por alças de *feedback* da transcrição/tradução independentes coordenadas por um marca-passo neural central localizado nos núcleos supraquiasmáticos do hipotálamo, encontrando-se sincronizada com o período de 24 horas do ciclo ambiental de luz-escuridão. A geração dos ritmos circadianos é mediada pelo trato retino-hipotalâmico, uma via monossináptica que une células ganglionares retinianas fotorreceptivas especializadas aos núcleos supraquiasmáticos (Fauci, et al., 2009), o que evidencia a importância do estímulo luminoso na sincronização entre o ritmo circadiano endógeno e o ambiente externo.

Jeff Hall, Michael Rosbash e Mike Young distinguidos em 2017 com o Prémio Nobel de Fisiologia ou Medicina pelas suas descobertas no âmbito de mecanismos moleculares que controlam o ritmo circadiano, concluíram que o relógio biológico desempenha um papel fundamental na regulação da fisiologia, metabolismo e no comportamento humano, pelo que quando é cronicamente interrompido por mutações nos genes, alterações na exposição à luz ou trabalho por turno, podem ocorrer condições médicas graves, que incluem o aumento do risco de desenvolvimento de cancro, diabetes, distúrbios do sono e do humor (Siwicki, Hardin, & Price, 2018).

1.2.4 O sono em contexto de UCI

Perturbações do sono e do ritmo circadiano são uma problemática conhecida na UCI, sendo relatadas como uma das piores experiências vivenciadas por pessoas internadas neste

contexto (Díaz-Alonso, Smith-Plaza, Suárez-Mier, & Lana, 2018). Apesar de constituírem pilares fundamentais no atual sistema de saúde, dotadas de sofisticada tecnologia e de profissionais de saúde altamente qualificados para a abordagem à pessoa em situação crítica, por vezes, nas UCI's tendem a ser considerados secundários aspetos fundamentais da prestação de cuidados (Díaz-Alonso, Smith-Plaza, Suárez-Mier, & Lana, 2018).

Estudos demonstram que o sono em UCI é caracterizado como superficial, fragmentado e de má qualidade (Qinglan, Redeker, Pisani, Yaggi, & Knauert, 2017), encontrando-se associado a disfunções do sistema imunológico, do sistema respiratório, da termorregulação, delírio, alterações no equilíbrio ácido-base, comprometimento da cicatrização de feridas, alterações cardiorrespiratórias, alterações neurológicas e emocionais como a irritabilidade e agressividade (Garripol, Dragonetti, & D'Orazio, 2017) (Qinglan, Redeker, Pisani, Yaggi, & Knauert, 2017), traduzindo-se num aumento do tempo de internamento, da mortalidade e da deterioração a longo prazo da função cognitiva (Knauert, et al., 2019).

De entre os diversos fatores identificados na origem de distúrbios do sono em pessoas internadas em UCI, destaca-se o ruído, que, por vezes, atinge duas vezes o limite superior estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (35-40dB), responsável por causar cerca de 60% dos despertares dos doentes. Outros determinantes incluem intervenções terapêuticas, iluminação, ventilação mecânica, gravidade da doença, uso de sedo-analgésia, ansiedade e stress desencadeados pelo sentimento de incerteza, perda de controlo e falta de compreensão da situação (Díaz-Alonso, Smith-Plaza, Suárez-Mier, & Lana, 2018).

Impõe-se a necessidade da compreensão do sono e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem eficazes que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da promoção do sono da pessoa em situação crítica internada em UCI. Contudo, poucos são os estudos que descrevem a prática sobre a promoção e avaliação do sono no doente internado em UCI. Tal pode dever-se à complexidade em diferenciar sono de sedação, sendo o sono frequentemente percecionado como estar deitado imóvel com os olhos fechados (Hofhuis, et al., 2018), tornando-se crucial desmistificar esta associação. Por outro lado, estudos revelam inconsistência nos registos de enfermagem no que respeita ao sono dos doentes, prevalecendo uma tendência para superestimar a quantidade e qualidade do sono (Hofhuis, et al., 2018) (Edvardsen & Hetmann, 2020). Os enfermeiros deparam-se com um importante desafio e responsabilidade nesta área de cuidados, pelo que se determina premente a compreensão e o

desenvolvimento de intervenções especializadas de enfermagem focadas na resolução desta problemática.

1.2.5 Intervenções de enfermagem promotoras do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI

No sentido de aprofundar a temática alvo de investigação, procedemos à realização de uma *Scoping Review* (APÊNDICE 1), cujos contributos foram fundamentais para mapear e analisar a evidência disponível acerca das intervenções de enfermagem desenvolvidas no âmbito da promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI. Os dados relativos a esta temática permanecem limitados, no entanto, confluem para a necessidade de desenvolvimento e implementação de protocolos que visem a melhoria da qualidade do sono em UCI.

Da *Scoping Review* elaborada emergiu um conjunto de intervenções recomendadas para a prática de cuidados de enfermagem relativas à promoção do sono na PSC internada em UCI, as quais foram agrupadas em intervenções autónomas e em interdependentes que serão apresentadas detalhadamente em seguida, encontrando-se sintetizadas no quadro 4 (Síntese das Intervenções Autónomas e Interdependentes promotoras do sono).

Esta subdivisão teve por base as definições de intervenções autónomas e interdependentes enunciadas no REPE. Desde modo, de acordo com o artigo 9º do Decreto-Lei n.º 161/96 relativo às intervenções dos enfermeiros, entendem-se intervenções autónomas “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (OE, 1996, p. 4). Consideram-se intervenções interdependentes “ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (OE, 1996, p. 4).

1.2.5.1 Intervenções autónomas

Estudos revelam que as intervenções autónomas de enfermagem parecem ser as que têm mais impacto na otimização da duração e qualidade do sono na pessoa internada em UCI, reduzindo o risco de privação do sono, o delírio e o stress pós-traumático associado a este contexto (Garripol, Dragonetti, & D’Orazio, 2017). Desta forma, torna-se fundamental que os profissionais de saúde se consciencializem sobre a importância da promoção e avaliação do sono, privilegiando-se este cuidado de enfermagem.

Das intervenções autónomas enunciadas na literatura destacam-se: redução do ruído, promoção do ritmo circadiano, uso de tampões e máscaras oculares, gestão da dor, música e agrupamento dos cuidados de enfermagem no período noturno.

Redução do ruído

A UCI é um local agitado e com níveis de ruído elevados, podendo estes fatores afetar a qualidade de sono dos doentes (Mahran, Leach, Abbas, Abbas, & Ghoneim, 2020). Edvardsen & Hetmann (2020) acrescentam que os níveis de ruído na UCI excedem o recomendado pela OMS, existindo uma correlação entre estes, os despertares frequentes e a má qualidade do sono.

O estudo de Richardson et al. (2009) demonstrou uma redução significativa de ruído (96,48dB para 77,52dB) após implementação de um protocolo direcionado para a redução do ruído (Edvardsen & Hetmann, 2020). Também no estudo de Knauert, et al. (2019) sobre os efeitos de um protocolo de promoção do sono na atividade, ruído e luz na unidade dos doentes, observou-se uma redução significativa desses parâmetros nas unidades dos doentes no período de tempo de descanso, comprovando que o ambiente em UCI é modificável, sendo este um aspeto essencial para melhorar a qualidade do sono dos doentes críticos. Segundo este estudo, as principais fontes de ruído identificadas foram equipamentos de suporte de vida e sistemas de tratamento de ar. Edvardsen & Hetmann (2020) reforçam que alarmes inválidos não só causam ruído, como despertares e preocupação desnecessária no doente.

De acordo com Edvardsen & Hetmann (2020), a intervenção mais importante para a redução do ruído é a alteração do comportamento dos profissionais de saúde e a sua consciencialização para as consequências do ruído no doente crítico. Também Hofhuis, et al. (2018) evidencia a necessidade de redução do ruído por parte dos profissionais de saúde da UCI. Sobre este aspeto, destaca-se que, apesar dos enfermeiros revelarem desconforto em alertar os colegas para a necessidade de redução do ruído, demonstraram recetividade à mudança de comportamento, afirmando que gostariam de ser informados se o seu próprio ruído causasse incómodo nos doentes ou colegas, de acordo com Richardson et al. (2009) referenciado em Edvardsen & Hetmann (2020).

No que respeita a medidas simples a implementar para redução do ruído, Garripol, Dragonetti, & D’Orazio (2017) fazem alusão à importância de transferir intervenções que possam causar ruído, nomeadamente a arrumação de armários, reposição de stocks e teste de desfibrilhador para os turnos da manhã ou tarde. Outros cuidados enumerados nos artigos analisados incluem: evitar ruídos desnecessários em redor do doente; alocar o doente a um quarto individual (se possível); manter a porta do quarto fechada; otimizar monitorizações e adequar as configurações de alarme do monitor ao quadro clínico do doente; ajustar o volume de alarmes e luminosidade de equipamentos de electromedicina ao período noturno e substituir perfusões antes de alarmarem (Hofhuis, et al., 2018) (Edvardsen & Hetmann, 2020). Segundo o estudo de Sendelbach et al. (2015) referenciado por Edvardsen & Hetmann (2020), a substituição de eléctodos diariamente é igualmente uma intervenção simples que pode reduzir entre 80 e 90% de alarmes inválidos.

Promoção do ritmo circadiano

A regulação do ritmo circadiano promove a melhoria do sono e pode reduzir o delírio (Knauert, et al., 2019). A exposição à luz natural suprime a produção de melatonina, reduzindo a sonolência diurna, melhorando o sono noturno (Edvardsen & Hetmann, 2020). Em contrapartida, em contexto de UCI, verificou-se um padrão comum de múltiplas e breves exposições a brilho e luz durante a noite e reduzidos níveis de luz diurna (Knauert, et al., 2019). À semelhança, Billings & Watson (2015) referenciados em Edvardsen & Hetmann (2020), reforçam que a reduzida variação da luz natural resultante da falta de janelas e a exposição à luz artificial 24 horas são fatores determinantes que perturbam o ritmo circadiano dos doentes em

UCI. A combinação entre os níveis reduzidos de luz diurna e a sua elevada variabilidade podem ter efeitos significativos na qualidade do sono. A luz é o fator mais determinante na regulação do ritmo circadiano, sendo, a exposição à luz durante o período do dia (vigília) e a pouca ou nenhuma durante o período noturno (sono), essenciais para o seu funcionamento normal. Em UCI, a maioria das intervenções normalmente ocorrem durante a manhã e fornecem 2500-10000lux, em intervalos que variam entre 30 minutos a várias horas. No período noturno, mesmo reduzidas exposições à luz (5 minutos) em intensidade baixa (100-250lux), podem causar alterações no ritmo circadiano (Knauert, et al., 2019).

As intervenções de enfermagem promotoras da regulação do ritmo circadiano sugeridas incluem: manter os doentes acordados no período diurno, prover um relógio visível, ajustar a temperatura do quarto, reduzir a luminosidade da central de monitorizações, desligar as luzes da unidade do doente e reduzir a intensidade da luz dos diversos dispositivos de electromedicina no período noturno (Hofhuis, et al., 2018). Edvardsen & Hetmann (2020) reforçam a necessidade de garantir luz suficiente, preferencialmente natural, durante o dia e, sempre que o quadro clínico o permita, promover a estimulação e mobilização do doente durante o dia para melhorar o sono noturno.

De salientar que, em relação à iluminação, no estudo de Garripol, Dragonetti, & D’Orazio (2017) este fator foi percecionado como pouco perturbador do sono, sendo explicado pelo facto de raramente ter sido registado o acender das luzes das unidades dos doentes durante o período noturno, em alternativa foram utilizadas lanternas portáteis, o que demonstra sensibilidade por parte dos enfermeiros para a problemática. Também na investigação de Kauert, et al. (2019), o protocolo de promoção do sono instituído não alterou significativamente os níveis de luz, uma vez que estes já eram marcadamente mais reduzidos durante o período noturno, sendo a redução deste fator de distúrbio ambiental explicado pelo cumprimento de um “*Quiet Protocol*” existente a nível hospitalar.

No que concerne às intervenções autónomas enunciadas no âmbito da redução do ruído e da promoção do ritmo circadiano, estas vão ao encontro da Teoria do Conforto, a qual considera o conforto ambiental um aspeto determinante para a promoção das funções físicas e cognitivas da pessoa hospitalizada. Segundo Kolcaba (2003), o recurso a auxiliares ambientais como a cor, a iluminação, a temperatura, calendários e relógios nas unidades dos doentes e a minimização do ruído são exemplos de como o ambiente pode ser modificável e manipulado no sentido de incrementar a função e o conforto dos doentes.

Uso de tampões auriculares e máscaras oculares

O uso de máscaras oculares contribui significativamente para a melhoria da qualidade do sono, na medida em que reduz a luz incidente sobre a face do doente. Este mecanismo é essencial na regulação da melatonina, hormona que desempenha um papel importante na indução e na qualidade do sono, bem como no controlo da dor. A produção desta hormona aumenta na ausência de estímulos luminosos, pelo que a colocação da máscara ocular resulta num maior impacto na qualidade do sono (Mahran, Leach, Abbas, Abbas, & Ghoneim, 2020).

Trata-se de uma medida simples, de baixo risco e custo, que pode ser implementada por enfermeiros como complemento de outras estratégias para a gestão da dor e promoção do sono, melhorando o conforto dos doentes (Mahran, Leach, Abbas, Abbas, & Ghoneim, 2020).

No que respeita ao uso de tampões auriculares, estudos controlados randomizados apontam que a sua utilização melhora a qualidade do sono e reduzem o risco de delírio de doentes internados em UCI, constituindo igualmente uma medida de baixo custo e de fácil implementação (Edvardsen & Hetmann, 2020).

Investigações acerca dos efeitos da utilização concomitante de máscaras oculares e tampões auriculares na qualidade do sono em UCI concluíram que esta combinação é eficaz para a promoção do sono (Mahran, Leach, Abbas, Abbas, & Ghoneim, 2020), porém pode não ser bem tolerada, aumentando a preocupação e desconforto do doente associados à alteração dos sentidos (Hofhuis, et al., 2018) (Mahran, Leach, Abbas, Abbas, & Ghoneim, 2020).

Edvardsen & Hetmann (2020) partilham esta opinião, ressaltando que a evidência disponível sobre o uso de tampões auriculares e máscaras oculares é limitada, podendo a sua utilização ser considerada invasiva, especialmente em doentes que não conseguem removê-los. Neste sentido, os autores advertem que estas medidas devem ser aplicadas em doentes alerta o suficiente para cooperar e concordar com a sua utilização, que demonstrem vontade de os usar e capacidade para removê-los (Hofhuis, et al., 2018) (Edvardsen & Hetmann, 2020).

De salientar que, dada a controvérsia acerca da utilização destes auxiliares e, atendendo ao estudo multicêntrico de Hofhuis, et al. (2018) desenvolvido em 10 países que evidenciou

francas diferenças culturais no que respeita à descrição de estratégias promotoras do sono nas UCI's dos diferentes países, particularmente ao nível da utilização de tampões auriculares, correspondendo esta a uma das intervenções com menor representatividade, considera-se fundamental a ponderação entre o risco e o benefício desta intervenção, de modo a garantir o respeito pelo conforto sociocultural defendido por Kolcaba.

Gestão da dor

A dor é a causa mais frequente de redução da qualidade do sono em doentes internados em UCI (Edvardsen & Hetmann, 2020), sendo a perceção da dor intensificada quando o sono é interrompido ou limitado (Mahran, Leach, Abbas, Abbas, & Ghoneim, 2020). Neste sentido, o controlo da dor, bem como a sua avaliação através de instrumentos de avaliação da dor e o respetivo registo sistematizado, são intervenções de enfermagem de extrema importância para a promoção do sono em UCI (Edvardsen & Hetmann, 2020).

Estes achados coadunam-se com os pressupostos da Teoria do Conforto de Kolcaba, segundo a qual a dimensão fisiológica de conforto, considerada a mais perceptível e consensual, é condicionada por fatores que afetam o estado físico do doente, tais como o repouso e relaxamento, o tratamento de situações clínicas e os níveis de nutrição, hidratação e eliminação. Neste contexto, também Kolcaba (2003) identificou a dor associada ao processo de doença o fator mais prevalente na origem do desconforto físico, sublinhando a importância da interpretação dos tipos de dor e a seleção de estratégias adequadas para a gestão e controlo da dor para o alcance de conforto físico.

Sob outro ponto de vista, o estudo de Garripol, Dragonetti, & D'Orazio (2017) concluiu que a dor é estatisticamente percecionada como um fator menos perturbador após a implementação de intervenções específicas para promoção do sono em UCI, destacando o impacto da melhoria do conforto ambiental na melhoria da perceção da dor, bem como a importância da otimização de medidas não farmacológicas no controlo da dor.

Edvardsen & Hetmann (2020) acrescentam, no entanto, que a evidência sobre a influência da gestão da dor na qualidade do sono permanece limitada, uma vez tratar-se de um tema eticamente desafiador.

Música

Estudos controlados randomizados concluíram que o uso de música aumenta a qualidade do sono em doentes em UCI (Ryu, et al., 2012; Su, et al., 2013) citados em (Edvardsen & Hetmann, 2020). Segundo o estudo de Dijkstra et al. (2010), a música calmante conduz a níveis mais profundos de sedação em doentes sedados (Edvardsen & Hetmann, 2020).

É recomendada música calmante ou clássica, não comercial, durante o período de silêncio, preferencialmente sem interrupções de forma a alcançar o melhor efeito possível (Edvardsen & Hetmann, 2020).

Agrupamento dos cuidados de enfermagem no período noturno

Os cuidados de enfermagem prestados no período noturno são frequentemente relatados como uma das principais causas que influencia negativamente o sono dos doentes em UCI (Edvardsen & Hetmann, 2020). Estudos revelaram que os doentes em UCI raramente permanecem um período completo de 90 minutos sem intervenções, pelo que não têm oportunidade de completar um ciclo de sono (Edvardsen & Hetmann, 2020).

Como estratégias, Garripol, Dragonetti, & D’Orazio (2017) e Knauert, et al. (2019), sugerem a otimização e adequação dos cuidados de enfermagem considerados não urgentes, de forma que sejam programados para antes ou depois do período de descanso. Em relação aos cuidados urgentes que têm de ser prestados impreterivelmente no período de descanso, o protocolo de Knauert, et al. (2019) ressalva o seu agrupamento, de modo a minimizar a frequência e duração das entradas nas unidades dos doentes.

Considera-se, assim, fundamental evitar intervenções de enfermagem múltiplas e frequentes durante o período noturno, de modo a melhorar a duração e a qualidade do sono (Hofhuis, et al., 2018) (Edvardsen & Hetmann, 2020).

1.2.5.2 Intervenções Interdependentes

Em relação às intervenções interdependentes promotoras do sono na PSC internada em contexto de UCI destacam-se as estratégias farmacológicas e a otimização dos modos ventilatórios.

Estratégias farmacológicas

As intervenções farmacológicas mais utilizadas para a melhoria da quantidade e qualidade do sono incluem a gestão na administração de benzodiazepinas, reportada em 59% das UCI's, sendo o lorazepam o mais comumente utilizado. Segue-se a administração de melatonina, mencionada em 16% das UCI's (Hofhuis, et al., 2018). Porém, sobre estas estratégias os autores revelam que, a eficácia da melatonina na promoção do sono permanece dúbia e, a administração de benzodiazepinas apenas suprimem a fase REM do sono. Portanto, estes fármacos podem não melhorar a qualidade do sono, apenas induzem o estado sedativo, sublinhando, mais uma vez, a importância das estratégias não farmacológicas na promoção do sono (Hofhuis, et al., 2018).

Por outro lado, Edvardsen & Hetmann (2020) destacam a importância das estratégias farmacológicas na gestão da dor. Assim, considerando a dor um dos fatores com maior influência na qualidade do sono, os autores apontam a administração adequada de analgésicos como uma medida essencial para a melhoria do sono do doente internado em UCI.

Também no âmbito das intervenções farmacológicas, com o propósito de agrupar os cuidados de enfermagem e minimizar as interrupções no ciclo do sono, Garripol, Dragonetti, & D'Orazio (2017) consideram imprescindível a revisão de horários de administração de terapêutica, em complementaridade com a equipa médica. À semelhança, também o protocolo enunciado no artigo de Knauert, et al. (2019) contempla a programação da administração terapêutica e dos exames complementares de diagnóstico, de forma a evitar, sempre que possível, a sua realização no período de descanso.

Otimização dos modos ventilatórios

O tratamento com ventilação mecânica invasiva (VMI) afeta negativamente o sono. A assincronia e os diversos alarmes podem causar despertares frequentes e redução da qualidade do sono (Billings & Watson, 2015; Hu et al., 2015; Malik e Parthasarathy, 2014) citados em (Edvardsen & Hetmann, 2020). Neste sentido, uma das intervenções de enfermagem interdependentes enunciadas para promoção do sono em doente em UCI patente no artigo de Hofhuis, et al. (2018) é o ajuste de modos ventilatórios.

Sendo um dos objetivos do tratamento ventilatório mecânico minimizar a apneia e assincronia, alguns modos ventilatórios podem revelar-se benéficos em relação a outros. Um estudo demonstrou menos apneias centrais e menos assincronia durante o modo de ventilação controlado, comparativamente com o modo de ventilação assistida (Edvardsen & Hetmann, 2020).

Estudos demonstraram ainda que doentes traqueostomizados, com tempo de desmame prolongado beneficiam serem reconectados ao ventilador à noite para permitir aumentar a quantidade e a qualidade do sono (Rittayamai et al., 2016) citado em (Edvardsen & Hetmann, 2020).

Sintetizando, a equipa multidisciplinar da UCI desempenha um papel importante na implementação de estratégias promotoras do sono. No estudo de Hofhuis, et al. (2018) registou-se uma considerável variabilidade de intervenções não farmacológicas desenvolvidas em diferentes países, sendo as mais utilizadas, em 80% das UCI, a redução do ruído por parte dos profissionais de saúde, diminuição dos estímulos luminosos, redução das intervenções de enfermagem no período noturno e manter os doentes acordados no período diurno. Os ajustes dos limites de alarme do ventilador no período noturno foram reportados em 37% das UCI e, apenas 18% manifestaram a utilização de tampões auriculares.

A evidência científica acerca dos efeitos de protocolos promotores do sono no doente internado em UCI revelou uma redução estatisticamente significativa nos diversos fatores percecionados como perturbadores do sono, mais evidente ao nível do ruído ambiental, comportamento dos profissionais e no ineficaz controlo da dor (Garripol, Dragonetti, & D’Orazio, 2017). Os resultados evidenciados no estudo de Knauert, et al. (2019) corroboram com o anteriormente enunciado, na medida em que, concluem igualmente um aumento significativo

da quantidade e qualidade do sono, após a implementação de um protocolo dirigido à promoção do sono.

É de extrema importância salientar que a participação ativa da equipa de enfermagem na tomada de decisão no que concerne à promoção e implementação destas intervenções tem repercussões surpreendentes no conforto do doente crítico.

A melhoria continua da qualidade no que respeita ao sono da pessoa internada em UCI deve visar o desenvolvimento e adoção de protocolos, a avaliação fidedigna do sono com recurso a instrumentos validados, bem como a sua respetiva documentação. No que respeita a ferramentas utilizadas para a avaliação sistemática do sono em contexto de UCI, importa referenciar o *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* (RCSQ). Trata-se de um instrumento da autoria de Kathy Richards (2000), utilizado para medir a quantidade e qualidade do sono em doentes internados em UCI, tendo sido traduzido e validado para a população portuguesa por Marisa Marques (2016). Consiste numa escala visual analógica em que o score mais elevado (100mm) corresponde a um sono de maior qualidade, e o mais reduzido (0mm) à pior noite de sono, podendo ser preenchida pelo próprio doente e/ou enfermeiro (ANEXO 1) (Marques, M., 2016).

A evidência científica recomenda um conjunto de intervenções autónomas e interdependentes, de simples e acessível aplicabilidade, que compreendem a redução do ruído, a promoção do ritmo circadiano, o uso de tampões e máscaras oculares, a gestão da dor, música, o agrupamento dos cuidados de enfermagem no período noturno, estratégias farmacológicas e a otimização dos modos ventilatórios. Contudo, pesquisas recentes sobre a temática revelaram uma reduzida aplicação de protocolos que incluam uma ferramenta de avaliação, pelo que, os enfermeiros assumem um papel crucial na instigação da reflexão em equipa e na tomada de decisão neste âmbito.

Quadro 4 - Síntese das Intervenções Autónomas e Interdependentes promotoras do sono

Intervenções Autónomas
<p>Redução do Ruído</p> <ul style="list-style-type: none">- Promover interações silenciosas na equipa.- Evitar ruídos desnecessários em redor do doente.- Alocar o doente a um quarto individual (se possível).- Manter a porta do quarto fechada.- Adequar as configurações de alarmes ao quadro clínico do doente.- Ajustar o volume de alarmes.- Substituir perfusões antes de alarmarem.- Substituir elétrodos diariamente. <p>Promoção do ritmo circadiano</p> <ul style="list-style-type: none">- Ajustar a temperatura do quarto.- Reduzir a intensidade de luminosidade dos dispositivos de electromedicina no período noturno.- Desligar as luzes da unidade do doente.- Reduzir a luminosidade da central de monitorizações.- Garantir luz suficiente, preferencialmente natural, durante o dia.- Manter os doentes acordados no período diurno.- Prover um relógio visível.- Estimular e mobilizar o doente durante o dia (de acordo com o quadro clínico). <p>Uso de tampões auriculares e máscaras oculares</p> <ul style="list-style-type: none">- Oferecer tampões auriculares ou máscaras oculares em doentes que demonstrem interesse na sua utilização e capacidade para os remover.- Auxiliar na sua colocação correta. <p>Gestão da dor</p> <ul style="list-style-type: none">- Avaliar a dor e proceder ao seu registo sistematizado.- Implementar medidas não farmacológicas no alívio da dor. <p>Música</p> <ul style="list-style-type: none">- Utilizar música clássica ou calmante, não comercial, durante o período de silêncio, preferencialmente sem interrupções de forma a alcançar o melhor efeito possível. <p>Agrupamento dos cuidados de enfermagem no período noturno</p> <ul style="list-style-type: none">- Agrupar as intervenções de enfermagem, evitando interrupções múltiplas e frequentes.- Possibilitar um ciclo de sono completo (90-120 minutos) sem interrupção.
Intervenções Interdependentes
<p>Estratégias farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none">- Gerir terapêutica indutora do sono e analgésica.- Otimizar e adequar o horário de administração de terapêutica. <p>Otimização dos modos ventilatórios</p> <ul style="list-style-type: none">- Garantir a sincronia com a ventilação mecânica.- Ajustar modos ventilatórios.

Fonte: O próprio.

Após a apresentação do enquadramento teórico-conceptual que suportou o presente trabalho, no qual se aludiu à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e à definição dos elementos-chave do tema alvo de estudo, segue-se o segundo capítulo que contempla a caracterização do contexto clínico onde se desenvolveu o Estágio Final.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Este Relatório constitui uma análise reflexiva acerca do processo de desenvolvimento de competências que cursou ao longo de cerca de um ano e meio, tendo culminado com a realização de estágios de cariz profissional correspondentes às Unidades Curriculares de Estágio 1 e Estágio Final. No que respeita ao Estágio 1, ressalva-se a obtenção de creditação a esta Unidade Curricular por experiência profissional de doze anos em contexto de Urgência. O Estágio Final teve lugar numa Unidade de Cuidados Intensivos, no período compreendido entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022.

Este capítulo compreende uma breve caracterização da Instituição e da unidade de internamento onde decorreu o Estágio Final, a qual foi exequível com recurso ao portal da intranet da instituição e ao Manual de Integração do Serviço.

2.1 Instituição

O Estágio Final decorreu num Centro Hospitalar integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, o qual serve uma população de cerca de 213 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2011.

O edifício foi inaugurado em 1985 e tem atualmente a lotação oficial de 502 camas. Dispõe de 35 valências clínicas, prestando assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência Médico-Cirúrgica, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária, assegurando aproximadamente a totalidade dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica daí decorrentes.

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.

2.2 Unidade de Cuidados Intensivos

Em funcionamento desde 1991, a Unidade de Cuidados Intensivos encontra-se localizada no piso 1 do Centro Hospitalar, em relação de continuidade com o Bloco Operatório (BO) e de proximidade com o Serviço de Urgência, estando igualmente garantida uma comunicação fácil com a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, Serviço de Imagiologia, Bloco de Partos e Internamentos, em conformidade com o disposto nas Recomendações Técnicas para Instalações de Cuidados Intensivos (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2013).

Designada UCI polivalente, esta unidade admite doentes do foro médico, cirúrgico e orto traumatológico que requeiram de cuidados de Medicina Intensiva, provenientes dos vários serviços do hospital, bem como de outras instituições que não disponham de condições de tratamento para estes doentes. Por Medicina Intensiva entende-se a “área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (RNEHR), 2017, p. 6).

O atual contexto pandémico desencadeou uma considerável pressão no sistema de saúde, requerendo a implementação de medidas excecionais de saúde pública e a ativação de planos de contingência com o intuito de evitar o seu colapso. Formas de expressão mais graves de doença por SARS-Cov 2 conduziram a uma procura brusca e exponencial de recursos de Medicina Intensiva, evidenciando fragilidades previamente existentes, nomeadamente, escassez do número de camas de Medicina Intensiva (6,4 camas por/100.000 habitantes *versus* 11,5/100.000 habitantes na média europeia), obsolescência de equipamentos e de estrutura física das unidades, escassez de número de quartos de isolamento com capacidade para pressão negativa e positiva, número insuficiente de recursos humanos, particularmente denotada ao nível de médicos intensivistas e enfermeiros, limitações verificadas na uniformização de um

processo de registo clínico informatizado adaptado à Medicina Intensiva e heterogeneidade na carteira de serviços das Unidades de Cuidados Intensivos (ACSS, 2020).

A intervenção neste processo em pleno período pandémico impõe uma escrupulosa abordagem no que respeita à capacitação de estrutura, equipamentos e recursos humanos. Neste sentido, considera-se premente o investimento nesta área de cuidados de saúde, de modo que o aumento da resposta de Medicina Intensiva não dependa da ocupação de áreas essenciais à retoma de processos assistenciais fortemente prejudicados durante o pico pandémico, tais como Blocos Operatórios e Unidades de Cuidados Pós- Anestésicos. Este processo de capacitação envolve igualmente a aquisição de equipamento, melhoria das condições de qualidade e segurança nos serviços de Medicina Intensiva que incluem o aumento da possibilidade de prática de isolamento, aumento de recursos médicos e de enfermagem, inclusão de fisioterapeutas nas equipas de Medicina Intensiva, implementação de um sistema de informação que permita a gestão da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva de forma eficaz e promova políticas de melhoria contínua de qualidade e, por fim, o compromisso dos Hospitais e Serviços de Medicina Intensiva na definição de modelos de missão institucional de âmbito alargado e coerente com o investimento efetuado (ACSS, 2020).

Face ao exposto, no que respeita à estrutura física da unidade, esta sofreu obras de reestruturação e ampliação durante a prossecução do estágio, motivando inclusivamente a sua deslocalização para a Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA) do Serviço de Urgência Geral (SUG) da instituição. Neste sentido, a UCI consistia numa unidade aberta com capacidade total de cinco camas, distribuídas num espaço quadrado da seguinte forma: duas boxes de cada lado em *Open Space* e uma fechada ao centro, esta última destinada à admissão de doentes que requeressem de isolamento, no entanto, sem capacidade para pressão negativa. As obras de reestruturação tiveram o seu início no começo do mês de setembro, pelo que, aquando do início do estágio, a UCI encontrava-se em funcionamento na UIPA, com a sua capacidade reduzida para três camas. Ao longo do estágio consideramos notável a capacidade de adaptação e resiliência da equipa de enfermagem da UCI que, encontrando-se em espaço partilhado com a UIPA, foi gradualmente assegurando a totalidade dos doentes ali internados (três camas de UCI e três camas de UIPA), apoiando concomitantemente a Sala de Reanimação, sempre que a situação o exigisse.

Em janeiro de 2022, com a conclusão da reestruturação física da unidade, o serviço aumentou a sua capacidade para seis camas nível III alocadas em quartos individuais (dois com

capacidade de controlo de pressão) e cinco camas de nível II (uma em quarto individual e as restantes quatro em *Open Space*). Esta reestruturação encontra-se em conformidade com as recomendações da ACSS (2020) no que respeita ao reforço da segurança do doente e profissionais através a criação de quartos de isolamento com controlo de pressão, as quais estabelecem como mínimos dois por cada seis camas, três para oito camas e quatro para doze camas. Importa ainda clarificar a tipologia de camas supramencionadas. Assim, de acordo com a Classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, as camas de tipologia nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser “destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, (...) necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” (RNEHR, 2017, p. 7). Por sua vez, as camas de nível II (comumente designadas de intermédias) devem ser “destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva” (RNEHR, 2017, p. 7). Esta integração de unidades intensivas e intermédias num único Serviço de Medicina Intensiva é considerada uma medida essencial para a “maximização da eficiência, otimização de continuidade de cuidados, facilitação de disponibilidade de camas e da sua gestão com equidade, redução de eventos adversos, de readmissões em nível III e de custos de tratamento” (RNEHR, 2017, p. 7).

No que respeita à unidade do doente, esta encontra-se em conformidade com as recomendações para o desenvolvimento de Cuidados Intensivos emitidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2003). Neste sentido, a unidade do doente compreende uma cama com plataforma do leito elevatória, elétrica e quadripartida, com grades laterais rebatíveis e cabeceira e pés removíveis; um colchão com pressões alternadas; um monitor multi parâmetros ligado a uma central de monitorização, ambos com alarmes visuais e sonoros; duas colunas de apoio com doze tomadas elétricas, três rampas de oxigénio, duas de vácuo e duas de ar comprimido; um ventilador pulmonar volumétrico com capacidade para ventilar em modos assistidos e controlados; cinco bombas infusoras volumétricas; cinco seringas infusoras; uma bomba de alimentação entérica; um carro de apoio com material diverso (agulhas, seringas, lençóis, solutos, etc.); um ponto de lavagem das mãos com distribuidor de toalhetes de papel; uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA) e uma mesa de registos. No âmbito da necessidade de capacitação dos serviços de Medicina Intensiva em relevo na Atualização da RNEHR: Medicina Intensiva emanada pela ACSS (2020), destaca-se que, no decorrer do estágio, paralelamente às melhorias estruturais da unidade supramencionadas, assistimos a uma notável renovação de todo o equipamento e dispositivos médicos que integram a unidade do doente. A este nível, ressalvam-se os extraordinários avanços tecnológicos registados na área da

electromedicina, assim como o meticuloso processo de seleção e aquisição de equipamento por parte dos responsáveis pela gestão da unidade, cujo foco se centrou na maximização do conforto dos doentes.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa médica é constituída por cinco médicos permanentes, sendo que um assume a função de direção de serviço, e três externos que asseguram a permanência médica nas 24h. No que respeita a especialidades, os médicos que compõem a equipa são maioritariamente especialistas em Medicina Interna e Medicina Intensiva, contando com o apoio de todas as outras valências da instituição, sempre que a situação clínica o exija. A equipa de assistentes operacionais (AO) é constituída por doze elementos, dos quais onze encontram-se em horário rotativo e um em horário fixo, este último responsável pela esterilização, reposição de material e atividades relacionadas com serviços de apoio. A limpeza da unidade é assegurada pela permanência de uma funcionária todos os dias da semana, no período da manhã. Após esse período e, até às 23 horas, existe um piquete de limpeza que pode ser ativado telefonicamente. Fazem igualmente parte integrante da equipa multidisciplinar duas fisioterapeutas que se dirigem à UCI nos turnos da manhã de dias úteis, garantindo a reabilitação de doentes referenciados pela equipa médica. O apoio administrativo é assegurado pela presença de um assistente administrativo nos dias úteis, entre as 9 e as 17 horas.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e sete enfermeiros, dos quais dezasseis são enfermeiros especialistas, nove em Enfermagem de Reabilitação e sete em Enfermagem MC, seis na área da PSC e um na área da pessoa idosa. A gestão da unidade é assegurada pela enfermeira coordenadora e um enfermeiro que desempenha funções de apoio à gestão, ambos em horário fixo. Os restantes elementos encontram-se em horário rotativo, divididos por seis equipas, os quais asseguram a prestação de cuidados diretos aos doentes. Cada equipa tem um chefe de equipa, responsável pela gestão de recursos humanos e materiais, organização da unidade, apoio a técnicas e situações complexas da prestação de cuidados, prestando igualmente cuidados diretos aos doentes internados.

O número mínimo de enfermeiros por cada turno é de três elementos, sendo a sua distribuição pelos doentes da responsabilidade do chefe de equipa, de acordo com o grau de dependência e a gravidade da doença. Salvaguarda-se que, dado o aumento do número de camas nível III e a abertura de camas nível II, este mínimo supramencionado encontrava-se em processo de revisão. Neste sentido, e, de modo a garantir as recomendações do Regulamento

da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem que admite 2/3 de camas de nível 3 e 1/3 de nível 2 (ACSS, 2020), no momento do término do estágio permaneciam camas inativas por sub dotação de recursos humanos, particularmente relevante no setor de enfermagem. Esta situação reflete-se num elevado recurso a horas extraordinários, determinando custos acrescidos e risco de exaustão e *burnout*. Ao nível das unidades implica uma sub-rentabilização das infraestruturas existentes e uma insuficiente oferta face às necessidades de cuidados a doentes críticos (ACSS, 2020). Para colmatar o insuficiente número de enfermeiros nos Serviços de Medicina Intensiva, a ACSS (2020) recomenda a contratação de enfermeiros, privilegiando EEEMC-PSC e de Reabilitação, assim como a promoção da mobilidade destes enfermeiros para os Serviço de Medicina Intensiva. Porém, de salientar a dificuldade denotada ao longo do estágio no que respeita à contratação de enfermeiros com este grau de diferenciação, condicionando um acréscimo no tempo de integração dos elementos.

O método de trabalho adotado na unidade é o de enfermeiro responsável, sob o modelo conceptual de Nancy Roper. Assim, o enfermeiro é responsável pela prestação dos cuidados globais ao (s) doente (s) que lhe são atribuídos, o que exige da sua parte um elevado conhecimento acerca do doente e de aspetos teórico práticos associados às intervenções desenvolvidas, favorecendo a comunicação interpessoal e a prestação de cuidados individualizados.

Os registos de enfermagem são efetuados segundo a linguagem definida pela CIPE, com recurso ao programa informático *SClínico*, acessível em qualquer computador da unidade através do portal do Centro Hospitalar. No que respeita à transmissão de informação entre a equipa multidisciplinar, a unidade tem implementada a metodologia ISBAR, mnemónica para *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), a qual será aprofundada no capítulo 4.

Terminada uma sucinta caracterização do contexto clínico palco do Estágio Final, no capítulo que se segue procederemos a uma descrição detalhada da Intervenção Profissional *Major* desenvolvida no decurso do mesmo.

3. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL *MAJOR*

A Intervenção Profissional *Major* desenvolvida em contexto da UC Estágio Final alicerçou-se na metodologia de projeto, que se define como: “Investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010, p.2). Promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, esta metodologia é constituída por cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação, divulgação dos resultados (Relatório) (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010), as quais iremos abordar seguidamente.

3.1 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa da metodologia de projeto e tem como objetivo a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação e/ou problema identificado, no qual deverá constar uma análise integrada das necessidades da população, com vista ao desenvolvimento de estratégias e ações de qualidade que as satisfaçam. Trata-se de um processo dinâmico e contínuo, que requer uma atualização sistemática da caracterização da situação (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010).

Como instrumentos para a recolha de informação, opiniões e caracterização das necessidades do serviço onde decorreu o Estágio Final, considerou-se relevante a observação da prática clínica e o recurso a entrevistas exploratórias não estruturadas à equipa de enfermagem. Neste sentido, no contexto de uma reunião informal realizada no início do Estágio Final, procedeu-se a uma entrevista exploratória não estruturada à Enfermeira Coordenadora e à Enfermeira Orientadora com o intuito de identificar as necessidades do serviço no âmbito de desenvolvimento de projetos. Da análise da entrevista, considerou-se pertinente a abordagem

da temática da Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica internada na UCI. Seguidamente, foram realizadas entrevistas exploratórias não estruturadas à equipa de enfermagem em momentos informais de passagem de turno, tendo sido igualmente unanime tratar-se de um tema com relevância para o serviço.

No sentido de reforçar o diagnóstico de situação, ponderou-se a elaboração de uma análise SWOT (acrónimo para *Strengths, Weakness, Threats e Opportunities*) que consiste num exercício de ordenamento por meio de um quadro subdividido em quatro quadrantes, constituídos por forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, permitindo a confrontação entre fatores positivos e negativos identificados perante determinada situação (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010). Deste modo, considerou-se este sistema de análise acessível e útil neste contexto, contribuindo para a identificação e sintetização dos fatores internos e externos que pudessem influenciar a prossecução desta intervenção, conduzindo a uma reflexão sobre as estratégias a desenvolver para minimizar o impacto das ameaças externas e o controlo dos pontos fracos, bem como para otimizar os pontos fortes e as oportunidades que promovam uma melhoria na prestação de cuidados na área do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI. No quadro 5 (Análise SWOT) encontram-se sintetizados os elementos identificados como forças, fraquezas, oportunidades e ameaças ao desenvolvimento da Intervenção Profissional *Major*.

Quadro 5 - Análise SWOT

Pontos Fortes (<i>Strengths</i>)	Pontos Fracos (<i>Weakness</i>)
<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade identificada em conjunto com Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora. - Estímulo ao crescimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem. - Recetividade e motivação da equipa de enfermagem para o desenvolvimento de estratégias promotoras da melhoria de qualidade dos cuidados prestados na UCI. - Inexistência de Protocolo sobre promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI. - Reduzidos custos adicionais associados. - Possibilidade de ganhos em saúde associados à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e à satisfação dos doentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabalho pode conduzir a desinteresse ou desmotivação da equipa de enfermagem. - Desvalorização ou não reconhecimento da pertinência da temática por parte da equipa multidisciplinar. - Resistência da equipa multidisciplinar à mudança de comportamentos e rotinas. - Gestão da equipa de enfermagem para participar na sessão de formação.
Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	Ameaças (<i>Threats</i>)
<ul style="list-style-type: none"> - Reestruturação física da Unidade e aquisição de novos equipamentos. - Evidência científica que demonstra pertinência da temática. - Incitação à prática baseada em evidência. - Reforço à política de melhoria contínua da qualidade dos cuidados da unidade e da instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> - Validação do protocolo por parte da Direção de Enfermagem. - Contingências a que a evolução da Pandemia pode implicar.

Fonte: O próprio.

A análise SWOT comprova a prevalência de pontos fortes e oportunidades que motivam o investimento nesta temática.

3.2 Definição de Objetivos

Os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, assumindo-se como representações antecipadas centradas na ação a realizar (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010).

Neste sentido, tendo em conta o diagnóstico de situação definimos como **objetivo geral** desta Intervenção Profissional *Major*:

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados na área do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI.

De forma a concretizar o objetivo geral, estabelecemos os seguintes **objetivos específicos**:

- Elaborar uma *Scoping Review* sobre o tema da Promoção do Sono da Pessoa em Situação Crítica internada em UCI.
- Desenvolver uma proposta de implementação de um Protocolo *Quiet Time*.
- Divulgar a o Protocolo *Quiet Time* e o RCSQ aos enfermeiros da UCI.

3.3 Planeamento e Execução

O Planeamento corresponde à terceira fase da metodologia de projeto, constituindo um esboço detalhado do mesmo, no qual se procede à definição das estratégias e atividades a desenvolver para alcançar os objetivos estabelecidos, bem como ao levantamento dos recursos necessários e à calendarização das atividades (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010).

No que respeita ao planeamento dos recursos, para a realização desta Intervenção Profissional *Major* previu-se a necessidade de recursos humanos, materiais e técnicos sistematizados no quadro 6 (Recursos Humanos, Materiais e Técnicos previstos para a Intervenção Profissional *Major*).

Quadro 6 - Recursos Humanos, Materiais e Técnicos previstos para a Intervenção Profissional *Major*

Recursos Humanos	Professora Orientadora; Enfermeira Chefe; Enfermeira Orientadora; Equipa de Enfermagem da UCI.
Recursos Materiais e Técnicos	Computador e material informático; Microsoft Office; Bases de dados científicas; Fontes primárias sobre a temática - Livros; Papel para impressão; Sala de formação da UCI; Computador.

Fonte: O próprio.

Relativamente à calendarização das atividades a desenvolver, foi elaborado um cronograma (APÊNDICE 2) onde se encontram ordenadas cronologicamente as atividades planeadas para atingir cada objetivo definido.

No decorrer do planeamento desta Intervenção Profissional *Major* previu-se a ocorrência de limitações, pelo que, de forma a não colocar em causa a sua prossecução, tornou-se fundamental o desenvolvimento de estratégias para as colmatar.

Neste sentido, devido ao contexto pandémico instalado, previmos constrangimentos relativos à realização da sessão de formação em sala de formação. Assim, privilegiou-se a realização da sessão de formação em presença física no sentido de promover o relacionamento interpessoal, a partilha de opiniões e a discussão sobre a temática entre os participantes, no entanto, na sua impossibilidade, considerámos como alternativa a realização da sessão de formação através da plataforma *Zoom*.

Por outro lado, tendo em conta o processo moroso que a implementação de um Protocolo *Quiet Time* pode acarretar, foram igualmente considerados constrangimentos a este nível. Como tal, estabelecemos como compromisso a realização da sessão de formação e a apresentação da proposta de Protocolo *Quiet Time* o mais célere possível. Na impossibilidade de implementação do Protocolo *Quiet Time* durante o decorrer do Estágio Final, garantiu-se a disponibilização de todos os suportes necessários para a equipa de enfermagem da UCI dar continuidade à fase de execução, avaliação e divulgação de resultados do Projeto.

Após o planeamento sucede a fase da execução na qual se materializam as atividades previamente planeadas (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010). Encontrando-se as fases de planeamento e execução diretamente relacionadas, determinou-se pertinente a sua apresentação e análise em simultâneo. Deste modo, na continuação, enumeram-se as atividades e os indicadores de avaliação planeados, seguindo-se uma análise descritiva das atividades executadas com vista a alcançar cada um dos objetivos definidos.

Objetivo 1: Elaborar uma *Scoping Review* sobre o tema da Promoção do Sono da Pessoa em Situação Crítica internada em UCI.

Atividades planeadas

- Construir uma pergunta de partida segundo a mnemónica PCC (*Participants, Concept e Context*) do *Joanna Briggs Institute (JBI)*.
- Pesquisar bibliografia em bases de dados científicas.
- Recolher bibliografia de outras unidades similares.
- Pesquisar teses em repositórios.
- Selecionar os documentos.
- Elaborar as sínteses.
- Redigir o documento.

Indicador de Avaliação

- Artigo científico sobre a temática.

Atividades executadas

A concretização desta Intervenção Profissional *Major* teve por base a evidência científica atual sobre a temática. Neste sentido, procedemos à realização de uma *Scoping Review* sobre o tema alvo de investigação, a qual resultou num artigo científico intitulado: “A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Sono na Pessoa Internada em UCI: Uma *Scoping Review*” (APÊNDICE 1). Esta *Scoping Review* teve como objetivo mapear e analisar a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem na promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI e foi conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo JBI. Como tal, inicialmente procedeu-se à formulação da questão de revisão de acordo com a estratégia PCC proposta pelo JBI, definindo-se:

- P) Adultos em situação crítica.
- C) Intervenções de enfermagem que contribuem para a promoção do sono.
- C) Unidade de Cuidados Intensivos.

Mais especificamente, a revisão elaborada focou-se na seguinte questão: Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a promoção do sono no adulto em situação crítica internado em UCI?

De forma a responder à questão de revisão realizou-se uma pesquisa da literatura através da plataforma eletrónica EBSCO, através da seleção de todas as bases de dados disponíveis, nomeadamente: *CINAHL Complete*; *MEDLINE Complete*; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*; *MedicLatina*. Recorreu-se igualmente à biblioteca de conhecimento online B-On.

A pesquisa foi efetuada durante o mês de outubro de 2021, tendo sido aplicados critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão considerou-se: todo o tipo de publicações sobre o tema, adultos (com idade superior a 19 anos), artigos com texto integral disponível, todas as línguas, publicadas entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de outubro de 2021.

Foram excluídos artigos cuja temática não fosse relevante para a revisão em questão, cuja população não fosse a especificada e definida anteriormente, assim como publicações às quais não tenha sido obtido acesso ao texto integral.

Foram selecionadas como palavras-chave em português e inglês: "*Patient Care Bundles*" (Conjunto de Intervenções), "*Critical Care Nursing*" (Enfermagem de Cuidados Críticos), "*Circadian Rhythm*" (Ritmo Circadiano), "*Sleep*" (Sono) e "*Intensive Care Units*" (Unidades de Terapia Intensiva), sendo a pesquisa realizada com recurso à intersecção entre as mesmas através do operador booleano "*AND*", nas várias combinações possíveis. Estes descritores foram validados e confirmados na plataforma DeCS, referente aos Descritores em Ciências da Saúde.

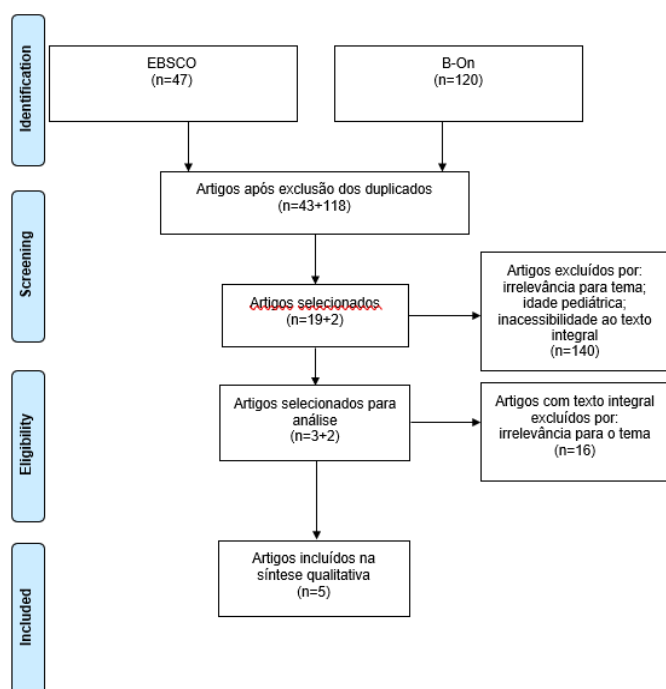
Da pesquisa efetuada nas bases de dados, utilizando os descritores e os delimitadores supramencionados, obtiveram-se 167 publicações (47 na EBSCO e 120 na B-ON), sendo que, pela sua duplicação foram excluídas 6 publicações, 4 da EBSCO e 2 da B-On.

Após a leitura dos títulos e resumos, devido à irrelevância para o tema, publicações em idade pediátrica e inacessibilidade ao texto integral, foram excluídas 140 publicações (24 da EBSCO e 116 da B-On), ficando um total de 21 artigos selecionados (19 da EBSCO e 2 da B-On).

Da leitura integral das 21 publicações selecionadas concluímos que 5 tinham relevância para o tema e cumpriam os critérios de inclusão e exclusão (3 artigos da EBSCO e 2 artigos da B-On), tal como demonstrado no Fluxograma de seleção de artigos (Figura 2).

Uma vez terminada a seleção dos artigos, seguiu-se a extração de dados através de uma tabela sinóptica que englobou os autores, data, título, tipo de estudo, nível de evidência e os principais resultados. Posteriormente procedeu-se à redação final da *Scoping Review*, cujos contributos constituíram o suporte teórico da Intervenção Profissional *Major*. A análise e discussão dos resultados deste processo de investigação encontram-se integrados no enquadramento teórico-conceitual do presente relatório.

Figura 2 - Fluxograma de Seleção de Artigos



Fonte: Própria com base no *Prisma Flow Diagram* (Moher & Liberat & Tetzlaff & Altman, 2009).

Concomitantemente à pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, a fundamentação desta Intervenção Profissional *Major* contemplou uma extensa pesquisa de

teses sobre a temática em repositórios, assim como a recolha de bibliografia em unidades similares com protocolos *Quiet Time* previamente instituídos.

Objetivo 2: Desenvolver uma proposta de implementação de um Protocolo *Quiet Time*.

Atividades planeadas

- Construir uma proposta de Protocolo *Quiet Time*.
- Apresentar a proposta de Protocolo *Quiet Time* à Professora Orientadora, Enfermeira Coordenadora e Enfermeira Orientadora para obter sugestões.
- Realizar eventuais alterações sugeridas.
- Elaborar o Protocolo *Quiet Time* final.

Indicador de Avaliação

- Protocolo *Quiet Time*.

Atividades executadas

Protocolo é um termo com origem no latim *protocollu*, que por sua vez deriva do conceito grego *protókollon* “folha colocada na frente”, e designa um acordo, regulamento, rotina ou um conjunto de regras ou critérios estabelecidos entre entidades ou serviços (Infopédia, 2021).

A construção e utilização de protocolos nos serviços de saúde constituem estratégias simples e efetivas fundamentais para prevenir e reduzir os riscos e danos a estes associados, garantindo uma assistência de excelência, redução de custos e a satisfação do doente (Oliveira, et al., 2014).

Os protocolos alicerçam-se em evidência científica e devem revelar condutas claras, precisas e detalhadas, orientadoras das ações operacionais a desenvolver pelos profissionais, promovendo a segurança do profissional/doente e a elaboração de indicadores de resultados, contribuindo para a melhoria dos cuidados e do uso racional de recursos (Stadler, et al., 2019).

Com vista a alcançar este objetivo foi construída uma proposta de Protocolo *Quiet Time*, a qual foi apresentada à Professora Orientadora, Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe, de forma a obter os respetivos pareceres e sugestões. Após a realização das alterações sugeridas, procedeu-se à revisão final do documento (APÊNDICE 3), o qual contou com a aprovação de todos os intervenientes no processo.

Objetivo 3: Divulgar o Protocolo *Quiet Time* e o RCSQ aos enfermeiros da UCI.

Atividades planeadas

- Validar a pertinência da realização de uma sessão de formação em serviço sobre a temática com a Professora Orientadora, Enfermeira Coordenadora e Enfermeira Orientadora (também elemento responsável pela formação em serviço).
- Calendarizar a sessão de formação em serviço junto da Enfermeira Coordenadora e Enfermeira Orientadora, de acordo com as disponibilidades do serviço.
- Marcar da sala de formação para realização da sessão de formação.
- Elaborar de cartaz de divulgação da sessão de formação.
- Realizar o plano de sessão de formação em serviço.
- Elaborar os diapositivos da sessão de formação.
- Apresentar os diapositivos à Professora Orientadora, Enfermeira Coordenadora e Enfermeira Orientadora e recolher sugestões.
- Reformular os diapositivos a apresentar (se necessário).
- Elaborar um questionário de avaliação da sessão de formação em serviço e do formador, para aplicar após a realização da mesma.
- Realizar uma sessão de formação e apresentar a proposta de Protocolo *Quiet Time* e o RCSQ.

Indicadores de Avaliação

- Documento Plano de Sessão.
- Cartaz de divulgação da sessão de formação.
- Questionário de avaliação da sessão de formação.
- Questionário de avaliação do formador da sessão de formação.
- Análise dos resultados da avaliação da sessão de formação.

Atividades executadas

Para a concretização deste objetivo, após validação da pertinência da realização de uma sessão de formação para divulgação da proposta de Protocolo *Quiet Time* e do RCSQ aos enfermeiros da unidade, procedeu-se à sua calendarização junto da Enfermeira Orientadora e da Enfermeira Coordenadora. Neste sentido, foi agendada a sessão de formação intitulada: “A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Sono na Pessoa Internada em UCI” para as 14h30 do dia 21 de janeiro de 2022, tendo sido colocado cartaz de divulgação da mesma em placar para o efeito situado na unidade. Salvaguarda-se que a programação da data e hora da sessão teve em consideração a disponibilidade do serviço, privilegiando-se o momento mais conveniente, nomeadamente a transição entre os turnos da manhã e da tarde, de forma a maximizar a adesão da equipa à mesma.

Seguidamente, procedemos à reserva da sala e à elaboração do plano de sessão de formação (APÊNDICE 4), no qual se detalharam os objetivos (geral e específicos), os conteúdos programáticos (subdivididos em introdução, desenvolvimento e conclusão), as estratégias/metodologias, os recursos necessários, os métodos de avaliação e o tempo previsto para cada fase da sessão, tendo esta informação sido encaminhada para o departamento de formação da instituição.

Continuamente, elaborámos os dispositivos a apresentar na sessão de formação (APÊNDICE 5), bem como o questionário de avaliação da sessão e do formador a aplicar no momento do término da mesma (APÊNDICE 6). Este instrumento de avaliação contempla nove questões, cinco referentes à sessão de formação e quatro à prestação do formador, as quais são avaliadas numa escala de 1 a 5, em que 1 significa insuficiente, 2 suficiente, 3 bom, 4 muito bom e 5 excelente.

Salientamos que todo o processo de planeamento da sessão de formação, assim como todos os documentos redigidos contaram com as sugestões e a revisão final da Professora Orientadora, Enfermeira Orientadora e Enfermeira Coordenadora.

Na sessão de formação foi abordado o tema alvo de estudo, tendo culminado com a divulgação, projetada e impressa para cada enfermeiro, do RCSQ e da proposta de Protocolo *Quiet Time*, ressaltando-se, no final, a importância dos contributos de toda a equipa para a sua reformulação e adaptação às características da unidade, de modo a promover o seu envolvimento e adesão no processo de implementação do mesmo. As opiniões foram unânimes acerca da pertinência do Protocolo e do instrumento de avaliação da qualidade do sono apresentados. No final da sessão foi disponibilizada toda a informação recolhida sobre o tema, o Protocolo *Quiet Time* e o RCSQ, em suporte informático, garantindo a acessibilidade a toda a equipa de enfermagem.

3.4 Avaliação

A avaliação de um projeto pode ser distinguida em diferentes momentos. Deste modo, podem ser realizadas avaliações intermédias/depuração em simultâneo com a execução do projeto, assim como a avaliação final do mesmo, através da avaliação do processo e do produto final (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010).

Neste sentido, no que respeita à sessão de formação, a mesma contou com a presença de 16 enfermeiros, correspondente a aproximadamente 60% da equipa de enfermagem, dos quais 9 enfermeiros especialistas, 6 enfermeiros generalistas e 1 enfermeiro gestor.

Em conformidade com o previsto, no final da sessão de formação, foi solicitado aos participantes o preenchimento de um questionário para avaliação da sessão e do formador. No que concerne à questão 1 e 2 do questionário, todos os presentes (100%) consideraram excelente a adequação da formação às suas necessidades e expectativas, bem como a qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse). No que respeita à questão 3 relativa às condições da sala, 62,5% (n=10) responderam bom e 37,5% (n=6) suficiente. Relativamente à qualidade do apoio técnico e administrativo, 50% dos participantes (n=8)

avaliaram este item como bom e 50% (n=8) muito bom. Em relação à aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho, 87,5% (n=14) consideraram excelente e 12,5% (n=2) muito bom. Quanto à prestação do formador, nas questões 6.1 acerca do domínio dos conteúdos/competências técnico-científicas, 6.2 respeitante à metodologia da transmissão de conhecimentos e 6.4 relativa à documentação disponibilizada, 100% (n=16) avaliaram como excelente. Por fim, na questão 6.3 acerca da utilização e domínio dos recursos didáticos, 87,5% (n=14) avaliaram como excelente e 12,5% (n=2) muito bom.

Da análise geral dos dados apresentados, consideramos que, perante o complexo período pandémico que estamos a vivenciar na atualidade, que tanta capacidade de adaptação tem exigido aos profissionais face às profundas transformações na estrutura e na dinâmica do serviço, a presença de cerca de 60% da equipa de enfermagem na sessão de formação reflete a motivação e o envolvimento da equipa perante o tema apresentado. Ressalva-se que, o momento em que decorreu esta sessão de formação foi marcado pela ausência de profissionais de saúde por motivo de doença ou assistência a familiares, bem como pela extenuação decorrente da necessidade de realização de turnos extraordinários para colmatar a falta desses profissionais, pelo que é de enaltecer o esforço e a dedicação dos participantes perante as adversidades que se encontravam a experienciar.

Deste modo, da apreciação geral dos dados ressalta uma avaliação muito positiva desta sessão de formação, concluindo tratar-se de um tema adequado às necessidades e expectativas dos participantes, sendo o seu conteúdo e a sua aplicabilidade no contexto clínico considerada maioritariamente como excelente.

A *Scoping Review* efetuada destaca a necessidade do desenvolvimento e implementação de protocolos dirigidos à promoção do sono na pessoa internada em UCI, bem como a respetiva avaliação por meio de instrumentos fidedignos. Neste sentido, baseados em evidência científica, na sessão de formação foi enfatizada a importância da implementação do Protocolo *Quiet Time* e da aplicação do RCSQ, bem como a possibilidade de ganhos em saúde associados à melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta área assistencial e à satisfação do doente, em consonância com a Teoria do Conforto.

No que respeita à implementação da proposta de melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área do sono na pessoa em situação crítica internada em UCI, nomeadamente a aplicabilidade do Protocolo *Quiet Time* e do RCSQ, a mesma não foi passível de concretização

durante o período em que decorreu o Estágio Final, uma vez tratar-se de um processo moroso, previamente enunciado como uma das possíveis limitações desta intervenção. Porém, à data de término do estágio, previa-se a formação de um grupo de trabalho no serviço que assumirá a continuidade do projeto desenvolvido.

Relativamente à avaliação deste projeto, propomos a sua concretização após a implementação do Protocolo *Quiet Time*, por meio de auditorias planeadas periodicamente, nas quais se procederá à verificação do seu cumprimento e do preenchimento do RCSQ. Como indicador de avaliação sugerimos que no final de seis meses após a implementação do Protocolo enunciado, o RCSQ se encontre preenchido em 75% das pessoas internadas na UCI.

3.5 Divulgação dos resultados

A divulgação dos resultados constitui uma etapa importante de um Projeto, na medida em que dá a conhecer, à população em geral e às diferentes entidades, a sua pertinência, bem como o caminho percorrido na resolução de determinado problema, assumindo um papel preponderante no desenvolvimento dos profissionais e na melhoria continua dos cuidados prestados. Através da utilização de processos e recursos técnicos de comunicação, possibilita a transmissão de conhecimentos acerca dos esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica e tecnológica à população e profissionais, servindo de modelo para outros serviços e instituições (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010).

Como meios de divulgação desta Intervenção Profissional *Major* destacamos a sessão de formação em serviço e o presente Relatório, o qual inclui a mais recente informação científica sobre o tema alvo de estudo, bem como uma análise de todo o trabalho desenvolvido, encontrando-se prevista a sua apresentação e discussão pública.

3.6 Considerações Éticas

Os aspetos éticos foram garantidos através do anonimato do local onde decorreu o Estágio Final, bem como da Enfermeira Coordenadora, da Enfermeira Orientadora e de todos os elementos que constituem a equipa de enfermagem. Foi igualmente assegurada a confidencialidade dos dados obtidos, que se destinam única e exclusivamente à caracterização do serviço e ao diagnóstico de situação desta Intervenção Profissional *Major*. Ressalva-se que não foi necessário o recurso a dados clínicos de doentes.

No que respeita à utilização do RCSQ, salvaguarda-se que foi requerida autorização ao autor da sua tradução e adaptação para a língua portuguesa, a qual foi gentilmente concedida, conforme se comprova no ANEXO 2.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências caracteriza-se pela mobilização do conhecimento científico para o contexto clínico, refletindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No início do Estágio Final foi elaborado um projeto de estágio (APÊNDICE 7), no qual se procedeu ao delineamento e descrição detalhada das atividades a desenvolver no decorrer do mesmo, com vista a alcançar as competências comuns do EE e específicas do EEEMC na área da PSC e de Mestre em Enfermagem. A elaboração do projeto de estágio suscitou uma reflexão acerca das motivações, interesses e oportunidades de aprendizagem e investigação, fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional, o qual norteou a prática clínica ao longo deste percurso.

Neste capítulo procedemos a uma análise reflexiva acerca do processo de desenvolvimento e aquisição das competências supramencionadas, para o qual os contributos teóricos e práticos das Unidades Curriculares deste curso se revelaram de extrema importância, constituindo o suporte de uma prática baseada em evidência.

Por sua vez, as competências de Mestre encontram-se descritas no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, que regula os regimes jurídicos dos graus académicos no Ensino Superior, conforme enunciado na introdução deste relatório. Tendo em conta o âmbito do trabalho, destacaremos as competências de Mestre em Enfermagem, as quais se encontram patentes no Ciclo de Estudos da Universidade de Évora, segundo o qual o Mestre em Enfermagem:

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

2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.24).

Sendo passível o estabelecimento de um paralelismo entre as Competências Comuns do EE, as Competências Específicas do EEEMC na área da PSC e as Competências de Mestre em Enfermagem, consideramos pertinente a sua abordagem em simultâneo ao longo desta exposição.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem

De acordo com o estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 - Competências Comuns do EE, por Competências Comuns definem-se “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745). Das Competências Comuns do EE são parte integrante os seguintes domínios: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria

contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019, p. 4745).

De seguida procedemos à descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas durante o Estágio Final no âmbito de cada um dos domínios das Competências Comuns do EE enunciados, concomitantemente com as Competências de Mestre em Enfermagem com que se correlacionam.

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 - “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019, p. 4746).

A2 - “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p. 4746).

Competência de Mestre em Enfermagem:

3. “Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (UE, 2015, p.24).

No âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE, o “Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente.” (OE 2019, p. 4746).

Para o desenvolvimento desta competência consideramos particularmente importante a consulta e revisão dos documentos que regem a prática da enfermagem, nomeadamente o REPE e o Código Deontológico dos Enfermeiros, durante todo o percurso académico.

O REPE regulamenta o exercício profissional do enfermeiro, de forma a garantir que o mesmo se desenvolva com a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicas da profissão, assim como, com vista a proporcionar aos cidadãos cuidados de enfermagem de qualidade. Segundo o mesmo, o enfermeiro “é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade” (OE, 1996, p. 3). Por enfermeiro especialista entende-se o profissional “habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (OE, 1996, p. 3).

Inserido no Estatuto da OE, o Código Deontológico enuncia os direitos e deveres dos seus membros, pelo que, nos termos do Artigo 97.º dos deveres em geral, os membros encontram-se obrigados a “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p. 3).

Neste sentido, ao encontro do supramencionado, todo o percurso profissional primou pela garantia do cumprimento dos princípios legais e ético-deontológicos que orientam a profissão de enfermagem. Contudo, a revisão destes documentos, bem como a mobilização dos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos na UC de “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem”, revelaram-se cruciais para o aperfeiçoamento desta competência no contexto clínico, pautado pela participação, fundamentação e reflexão sobre o processo de tomada de decisão.

Com vista a promover uma melhoria contínua dos cuidados prestados, foram constantes os momentos de análise e reflexão sobre situações complexas com a Enfermeira Orientadora e com a equipa multidisciplinar. A distanásia foi um dos temas amplamente debatido ao longo do estágio. Caracterizado por um ambiente altamente tecnológico com enfoque na abordagem à

pessoa em situação crítica, em contexto de UCI fomos frequentemente confrontados com situações limite, cujas decisões terapêuticas muitas vezes nos inquietaram, levantando inúmeras questões ético-deontológicas. Distanásia define-se como o “recurso a medidas terapêuticas que não aumentam a sobrevida, mas simplesmente prolongam o processo de morrer” (Nunes, 2020, p. 84). Por sua vez, o conceito de futilidade terapêutica entende os “atos ou medidas terapêuticas que podem ser consideradas inúteis, desproporcionadas” (Nunes, 2020, p. 84).

As Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte (2011) esclarecem que a prática de medidas terapêuticas fúteis mais não fazem do que acrescentar sofrimento ao sofrimento, colidindo com princípios éticos, deontológicos e, até mesmo, com o valor fundamental da Constituição da República Portuguesa patente no Artigo 25º - Do Direito à integridade pessoal, o qual se consagra que a integridade moral e física das pessoas é inviolável, salvaguardando que ninguém pode ser submetido a tortura, nem a maus tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.

A prática da distanásia constitui uma ameaça ao princípio da Dignidade Humana, reduzindo o ser humano ao ser fisiológico, desprovido-lhe todas as outras dimensões que o constituem, perspetivando-o segundo um modelo biomédico ou biomecânico, ao invés de um modelo multidimensional e holista (Feio & Oliveira, 2011). Segundo as autoras, é premente invocar os direitos humanos expressos no Preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos do Homem, colocando o homem, e a dignidade que lhe é inerente, em frente ao progresso científico.

A defesa pela dignidade humana constitui um princípio geral da ética profissional, encontrando-se enunciada na alínea 1 do artigo 99º do Código Deontológico do Enfermeiro: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p. 5).

Após a análise do artigo 99º do Código Deontológico do Enfermeiro, depreende-se que o mesmo evidencia uma posição contrária à distanásia, sendo a mesma reforçada no artigo 103 do Direito à Vida e à Qualidade de Vida, que defende que no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, o enfermeiro assume os deveres de “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa; participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida; recusar a participação em qualquer forma de tortura,

tratamento cruel, desumano ou degradante” (OE, 2015, p. 7). O artigo 108º do Código Deontológico do Enfermeiro - Do Respeito pela Pessoa em Situação de Fim de Vida acrescenta que “o enfermeiro deve acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida” (OE, 2015, p. 9).

Neste âmbito considerou-se igualmente determinante o suporte da prática clínica nos princípios bioéticos que a norteiam, com especial relevo para os princípios da não-maleficência, vulnerabilidade e proporcionalidade.

No que respeita a medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de fraqueza extrema, Benner (2001) defende que, os enfermeiros devem enfrentar o facto de não poderem fazer mais para prolongar a vida de um doente, podendo, em contrapartida, melhorar a sua qualidade de vida, encontrando meios para o reconfortar. A autora defende que o enfermeiro perito é aquele capaz de ultrapassar a perspectiva curativa, percecionando a pessoa como um todo, com o respeito à dignidade que lhe é inerente. Neste sentido, impõe-se a necessidade de implementação de medidas de conforto, enunciadas na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) como as intervenções de enfermagem concebidas para a abordagem das necessidades de conforto nas suas diversas dimensões. Acerca da preservação da vida, Nunes (2020) sublinha que existem limites aos cuidados, na medida em que, os mesmos têm que fazer sentido para a pessoa que os presta e para a pessoa a quem são prestados.

Analisando e refletindo acerca da prática clínica, parece-nos que, em muitas situações, prevalece a insistência em manter a vida de pessoas gravemente doentes e sem perspectiva de cura, com recurso a todos os meios disponíveis, como se de uma luta para travar a morte se tratasse. Sob este prisma, consciencializamo-nos que facilmente nos podemos ver envolvidos em situações de distanásia, quando a finalidade dos cuidados se limita à manutenção do ser biológico, desvalorizando todas as suas outras dimensões. Face ao referido, atentamos que o recurso à tecnologia não pode ser arbitrário ou desproporcionado, ressaltando a necessidade de mudança de paradigma, na qual o curar perde o seu lugar para o cuidar, privilegiando-se a melhor qualidade de vida para a pessoa/família, bem como a defesa por uma morte digna e sem sofrimento. O aprofundamento e a reflexão acerca desta temática junto da Enfermeira Orientadora revelaram-se fundamentais para a aceitação da morte enquanto processo natural do ciclo da vida, a valorização do conforto e da humanização dos cuidados, bem como para a tomada de decisão fundamentada no seio da equipa multidisciplinar.

Da análise global do estágio considera-se que, não obstante da complexidade e emergência dos cuidados prestados, os mesmos foram sempre suportados pelas normas legais e pelos valores, princípios e deveres ético-deontológicos, assegurando a defesa dos direitos humanos e o respeito pela privacidade, autodeterminação e pelos valores, costumes e crenças. No que concerne à defesa do direito da pessoa à intimidade enunciada no artigo 107º do Código Deontológico do Enfermeiro em OE (2015), consideramos que esta, mesmo nas situações mais exigentes, foi uma preocupação constante por parte de toda a equipa de enfermagem, tendo sido demonstrada especial atenção na minimização do período de exposição da pessoa aquando da realização de técnicas, procedimentos e monitorizações invasivas, promovendo a sua intimidade e conforto.

No que respeita à confidencialidade e à segurança da informação escrita e oral consagradas no estatuto da OE (2015), no artigo 106º do Código Deontológico do Enfermeiro referente ao dever do sigilo, ao longo do estágio considerámos confidencial toda a informação relativa à pessoa em situação crítica e à sua família, partilhando unicamente a informação pertinente apenas com os implicados no plano terapêutico, utilizando como critérios orientadores o seu bem-estar, segurança e direitos. Ressalvamos ainda que, o momento de passagem de turno ocorria em ambiente exclusivo à equipa de enfermagem, com recurso a suporte informático, sem impressão de qualquer documento que identificasse a pessoa internada. Foi-nos igualmente inculcado um sentido de responsabilidade extremo para o encerramento do perfil no programa informático após cada utilização, o qual foi criteriosamente cumprido. No âmbito deste dever, destacamos ainda a garantia de anonimato da pessoa em situação crítica alvo de um estudo de caso realizado durante o estágio, o qual será abordado oportunamente neste relatório.

De salientar que, também no desenvolvimento da Intervenção Profissional *Major* e na elaboração do presente relatório foram salvaguardados os princípios éticos, através do anonimato da instituição hospitalar onde decorreu o Estágio Final, assim como de todos os intervenientes neste processo. Também para a divulgação e utilização do RCSQ foi concedida autorização à autora da versão traduzida e adaptada para a população portuguesa.

Pelo exposto, consideramos demonstrada a aquisição da competência comum do EE no domínio da responsabilidade, ética e legal, assim como, a competência de Mestre supramencionada.

B - Domínio da melhoria contínua da qualidade

B1 - “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2019, p. 4748).

B2 - “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p. 4748).

B3 - “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p. 4748).

Competência de Mestre em Enfermagem:

5. “Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” (UE, 2015, p.24).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, a DGS (2015) considera a qualidade e segurança no sistema de saúde uma obrigação ética, na medida em que contribui de forma decisiva para a redução de riscos evitáveis e para a melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde, sendo considerado impreterível a equidade e o respeito na prestação de cuidados. Por qualidade em saúde define-se a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (DGS, 2015, p. 13551). Também para o plano económico-financeiro se considera prioritária a melhoria na eficiência e na efetividade da prestação de cuidados de saúde, consideradas basilares para a qualidade em saúde. Neste sentido, a qualidade, a par com a segurança em saúde, garante a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde (DGS, 2015).

De acordo com a evidência atual, os serviços de saúde que negligenciam a cultura interna de segurança e o investimento em boas práticas clínicas apresentam um risco dez vezes superior de ocorrência de incidentes. Porém a qualidade em saúde não se restringe à noção de garantia de segurança nos cuidados. Neste sentido, o Ministério da Saúde, através da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020, defende a criação de condições no Serviço

Nacional de Saúde (SNS), que favoreçam o reconhecimento da qualidade dos seus serviços com vista à sua acreditação (DGS, 2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 visou garantir que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente se encontravam alinhadas com o respeito pela efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão, tendo assumido como missão primordial “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde”. (DGS, 2015, p. 13552).

A melhoria da qualidade dos cuidados tem vindo a revelar-se uma preocupação constante também por parte da OE, a qual publicou em 2001 os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e, em 2017, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Segundo a OE (2017), a avaliação diagnóstica e a monitorização constante da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica assumem uma importância extrema nos cuidados, correspondendo a uma competência clínica especializada, assim como a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi vítimas e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção. Neste sentido, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na Área de Enfermagem à PSC (OE, 2017) define um conjunto de enunciados descritivos, os quais constituem um importante instrumento que explicita o papel do EE junto do cliente/grupos/comunidade, de outros profissionais, do público e dos políticos. Os enunciados descritivos incluem: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (OE, 2017), os quais constituíram o suporte para a garantir a qualidade dos cuidados prestados ao longo do estágio.

No âmbito da melhoria da qualidade, o nosso percurso teve início com uma atualização e aprofundamento dos conhecimentos sobre a temática através de uma extensa pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, bem como com a mobilização de conhecimentos e habilidades desenvolvidas e adquiridas nas UC de “Gestão em Saúde e Governação Clínica” e “Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde”, de modo a nos inteirarmos acerca da conceção e implementação de programas de melhoria contínua de qualidade dos cuidados. Com o intuito de facilitar a integração na unidade e garantir a qualidade e segurança na prestação de cuidados,

o começo do Estágio Final foi marcado pela exploração da estrutura física e do funcionamento do serviço, assim como pela identificação das valências existentes na instituição. Concomitantemente, procedemos à consulta do manual de integração do serviço e de planos, procedimentos e protocolos inseridos em programas de melhoria contínua em vigor e, em desenvolvimento, na UCI e na instituição, acessíveis em formato de papel no dossier no serviço e no portal da intranet da instituição. Constatámos que a unidade onde decorreu o Estágio Final desenvolveu um projeto de melhoria contínua de qualidade dos cuidados de enfermagem, no qual estão incluídos um conjunto de normas de procedimentos e protocolos, de acordo com os enunciados descritivos patentes nos Padrões de Qualidade emanados pela OE (2017). Assim, da consulta dos documentos destacam-se as normas e procedimentos relativos a: Acolhimento do doente e da pessoa significativa; Comunicação; Prevenção de infeção na colocação e manutenção de cateter venoso central (CVC); Prevenção de infeção na colocação e manutenção de cateter arterial (CA); Prevenção de infeção na colocação e manutenção de cateter PiCCO (*Pulse Contour Cardiac Output*); Prevenção de úlcera por pressão (UPP); Prevenção de contaminação na colheita de sangue para hemoculturas; Prevenção de infeções urinárias; Prevenção de infeções cruzadas; Prevenção de Pneumonia associada à intubação; Avaliação e registo sistemático da dor; Posicionamento em decúbito ventral no doente crítico com síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA); Oxigenoterapia de alto fluxo nasal em doente crítico; Limpeza das vias aéreas; Técnica respiratória com recurso a dispositivo respiratório insuflador-exsuflador mecânico; Procedimento de enfermagem na admissão do doente na UCI; Desinfeção das superfícies; Gestão de resíduos hospitalares e recicláveis; Método da quantificação da carga de trabalho de enfermagem; Organização do material e carros de emergência.

A consulta dos projetos de melhoria contínua de qualidade no serviço, bem como a análise e reflexão com a Enfermeira Orientadora sobre a temática contribuíram para o planeamento de cuidados, garantindo o desenvolvimento de práticas de qualidade e o cumprimento dos programas instituídos, assegurando a sua continuidade por meio de registos e de transmissão de informação pertinente e segura à equipa multidisciplinar.

No que respeita à prevenção e gestão de incidentes, em conformidade com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 -2026 (2021), a instituição apresenta um sistema de notificação de incidentes relativos à segurança do doente, nomeadamente no âmbito da farmacovigilância e hemovigilância, promovendo a implementação de ações de melhoria de qualidade baseadas na aprendizagem com o erro, através, de uma cultura não punitiva, de proteção do notificador. Nesta área, destacamos igualmente a oportunidade de observar com

frequência a implementação de ferramentas e procedimentos relativos à segurança do doente, nomeadamente a realização de auditorias a procedimentos que enumeramos: manutenção de CVC, LA e cateter de hemodiálise; colocação e manutenção de cateter urinário; hemoculturas; higiene das mãos; medidas de isolamentos; preparação, administração e registos de medicamentos; prevenção de pneumonia associada à intubação (PAV); aspiração de secreções; registos de avaliação da dor. A atualização de conhecimentos através da consulta PNSD 2021 - 2026 (2021), bem como dos procedimentos e grelhas de auditoria desenvolvidos na instituição e no serviço, foram fundamentais para a compreensão dos projetos de melhoria contínua de qualidade no domínio da gestão do risco e segurança do doente e, conseqüente colaboração na identificação de riscos reais ou potenciais e desenvolvimento de estratégias de garantia da segurança para a pessoa em situação crítica/pessoa significativa e/ou equipa multidisciplinar.

Acerca de práticas seguras em ambiente seguro, o PNSD 2021-2026 (2021) defende que o contexto e as condições em que decorre a prestação de cuidados são fatores determinantes da segurança e efetividade, sendo reconhecido o seu relevo nos resultados em saúde, particularmente na qualidade e segurança. No seguimento, o documento aponta como condicionantes de ambientes seguros: os recursos existentes; a dotação, adequação e formação dos profissionais de saúde; a forma como o trabalho se encontra organizado; a existência de ferramentas e instrumentos; os percursos de cuidados e o desenho e confiabilidade de processos. Em relação ao ambiente seguro, salientamos que, da análise e reflexão acerca da dotação de enfermeiros, consideramos as dotações da unidade seguras, uma vez que garantem 2/3 de camas nível 3, de acordo com o preconizado no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (ACSS, 2020). No que concerne à implementação e consolidação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde, destaca-se a existência de grupos de trabalho no serviço responsáveis pela promoção, uniformização e monitorização (por meio de auditorias periódicas) de práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica. Destaca-se ainda a existência de um grupo de trabalho responsável pela abordagem do controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, o qual trabalha em articulação com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Em relação à composição dos grupos, constatamos a inclusão preferencial de um elemento de cada equipa por grupo de trabalho, de forma a assegurar um elemento dinamizador de cada temática em todas as equipas, responsável pela promoção e divulgação de boas práticas na equipa, supervisão e esclarecimento de dúvidas decorrentes da prática clínica.

Relativamente à organização, armazenamento e preparação de terapêutica, com o objetivo de implementar e consolidar práticas seguras relativas à segurança da medicação enunciadas no PNSD 2021-2026 (2021), a par com a reestruturação física do serviço experienciada no decorrer do estágio, observou-se uma melhoria significativa no que concerne à gestão do risco associado à prevenção e minimização dos riscos e complicações inerentes à aplicação de protocolos terapêuticos complexos. Assim, a reestruturação motivou a organização e armazenamento dos medicamentos de acordo com a norma 020/2014 (DGS, 2014) atualizada a 14/12/2015 relativa a medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante, designados medicamentos LASA (acrónimo para *“look-alike sound-alike”*). Neste sentido, tivemos oportunidade de cooperar no desenvolvimento de estratégias ao nível do armazenamento de medicamentos LASA, garantindo a sua separação física e a aplicação de medidas de diferenciação na identificação escrita, inclusivamente na rotulagem, com alteração do grafismo na denominação através da aplicação do método de inserção de letras maiúsculas e a sinalização com utilização de cores e negrito, contribuindo para a promoção de um ambiente terapêutico seguro.

No que respeita a medicamentos altamente perigosos, “aqueles que quando utilizados incorretamente apresentam um risco acrescido, ou uma maior probabilidade, de causar danos graves ou mesmo mortais a doentes” (Ordem dos Farmacêuticos, 2013, p. 1), destacamos algumas das estratégias implementadas no serviço para redução de erros nos processos de preparação e administração, as quais obedecem à norma 014/2015 da (DGS, 2015): padronização ou uniformização da sua prescrição, armazenamento, preparação e administração (p.e. heparina, insulina, ácido tranexâmico); proibição de uso de abreviaturas; condicionamento no acesso a estes fármacos; utilização de etiquetas sinalizadoras e alertas automatizados; implementação de técnicas de dupla verificação na preparação e administração destes medicamentos (p.e. cloreto de potássio); etiquetas com a identificação correta do doente, nome do medicamento, dose, via de administração e hora (5 certos); utilização adequada de seringas e bombas infusoras. Em conformidade, os estupefacientes, encontram-se armazenados em cofre, sendo a sua gestão da responsabilidade do chefe de equipa de enfermagem. Assim, destaca-se a participação junto com a Enfermeira Orientadora, aquando do desempenho de funções de chefe de equipa, na contabilização e verificação diária do seu registo, garantindo a articulação com a equipa médica e o serviço farmacêutico sempre que se justificasse, de forma a garantir o stock predefinido.

Em relação à hemovigilância, sublinha-se a existência de um sistema informatizado na instituição, o “*Transfusus*”, o qual constitui uma ferramenta de extrema utilidade para a garantia da segurança do doente em procedimentos que envolvam transfusões de hemoderivados, minimizando o risco de complicações a estes associados. Neste sentido, todo o processo pré, intra (incluindo a vigilância de parâmetros hemodinâmicos) e pós transfusional é registado através deste sistema, mantendo-se uma comunicação permanente entre o serviço de sangue e a unidade. De salientar que, aquando da receção do produto no serviço, o mesmo encontra-se no interior de uma *box* codificada, cuja abertura só ocorre através da aproximação à pulseira do doente, assegurando a identificação da amostra à cabeceira do mesmo.

No âmbito da governança e liderança, o acompanhamento da Enfermeira Orientadora nas funções de chefe de equipa revelou-se crucial para a compreensão do papel da gestão de equipas na implementação do PNSD 2021-2026 e, conseqüentemente, na garantia de um ambiente seguro. De salientar que, sendo a Enfermeira Orientadora responsável pela formação em serviço, pudemos igualmente assistir e cooperar no desempenho de funções na área da promoção da formação da equipa multidisciplinar com enfoque na segurança do doente, sendo de ressaltar a sua proatividade no incitamento do interesse e motivação dos elementos da equipa, bem como na garantia de prossecução do plano de formação anual.

No que respeita à participação em programas institucionais na área da melhoria contínua de qualidade, procedemos à elaboração de um projeto no âmbito da Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica, o qual se encontra desenvolvido no capítulo anterior deste relatório.

Tendo em consideração a reflexão das atividades desenvolvidas, consideramos adquiridas as competências do domínio da melhoria da qualidade e a competência de Mestre em Enfermagem supracitadas.

C - Domínio da gestão dos cuidados

C1 - “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019, p. 4747).

C2 - “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4747).

Competência de Mestre em Enfermagem:

1. “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (UE, 2015, p.24).

No que respeita a este domínio a OE (2019) determina que o Enfermeiro Especialista no âmbito da gestão dos cuidados, “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019, p. 4748), assim como “adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4748).

Acerca do processo de aquisição de competências neste domínio, ressalvamos a oportunidade de acompanhar a Enfermeira Orientadora no desempenho de funções de chefe de equipa, o qual se revelou determinante para a compreensão da dinâmica e articulação da equipa de profissionais do serviço, bem como do processo de tomada de decisão na área da gestão de cuidados de enfermagem, em particular, no que concerne à gestão de recursos humanos e materiais, em função do contexto e das necessidades.

Constituindo a gestão de recursos humanos uma das funções desempenhadas pelo enfermeiro responsável de turno, a OE (2014) considera a “dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p. 30247). Neste sentido, durante o Estágio Final acompanhámos e discutimos com a Enfermeira Orientadora processos de tomada de decisão

no que respeita à distribuição dos recursos humanos de enfermagem e assistentes operacionais, em função do nível de cuidados exigidos por parte dos doentes e do nível de competências e habilidades dos profissionais.

No que concerne à transmissão de informação entre os chefes de equipa, esta decorre em reuniões para o efeito, contando com a presença dos mesmos e, nos turnos da manhã de dias úteis, da Enfermeira Coordenadora e do elemento de apoio à gestão. O intuito destas reuniões prende-se com a transmissão de informação relevante sobre a condição clínica de cada doente internado na unidade, bem como a discussão do plano previsto para cada um, com enfoque para a possibilidade de realização de procedimentos invasivos e/ou exames complementares de diagnóstico, idas ao Bloco Operatório ou prováveis transferências. No decorrer destas reuniões, procede-se ainda à partilha de informações pertinentes respeitantes à logística do serviço e gestão de recurso de materiais. Ressalva-se a importância do papel de enfermeiro responsável de turno como elemento de ligação entre a Enfermeira Coordenadora e o Enfermeiro de apoio à gestão e a restante equipa de profissionais. Assim, após reunião entre enfermeiros com cargos de gestão no serviço, o enfermeiro chefe de equipa dirige-se a cada um dos quartos para uma avaliação do estado clínico de cada doente, atendimento das necessidades identificadas decorrentes da prestação de cuidados, partilha de informação pertinente, reforço e supervisão da equipa. Perante o reconhecimento da necessidade de referenciação para outros profissionais, promove uma reunião com a equipa médica, no sentido de estabelecer prioridades com vista à concretização do plano definido, contribuindo, desde modo, para a promoção da discussão em equipa e otimização dos resultados.

Também no âmbito da gestão de recursos de materiais destacamos a nossa participação. Assim, nos turnos da manhã em que a Enfermeira Orientadora se encontrava a desempenhar funções de chefe de equipa, procedemos à verificação de todo o equipamento armazenado, confirmando se se encontravam devidamente testados, acondicionados e operacionais em caso de necessidade. Quando identificada ou reportada alguma anomalia nos equipamentos, procedemos à sua comunicação ao serviço técnico.

O Estágio Final proporcionou igualmente o acompanhamento de momentos que impuseram a necessidade de gestão de camas e otimização da alocação de doentes internados por parte do enfermeiro responsável de turno, destacando-se situações em que se verificaram alterações nos níveis de cuidados (nível III para nível II, ou inversamente) e face a necessidades

de implementação de medidas de controlo de infeção, nomeadamente a colocação de doente sob medidas de isolamento, privilegiando-se a segurança do doente e dos profissionais.

Respeitante à delegação de tarefas, a nossa intervenção distinguiu-se pelo cumprimento do artigo 10.º do REPE, o qual determina que “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem” (OE, 1996, p. 5). Neste sentido, registam-se oportunidades de reflexão com a Enfermeira Orientadora sobre tarefas passíveis de delegação a elementos de nós funcionalmente dependentes, com habilidade para a sua execução e, tendo sempre em consideração o nível de dependência do doente. Aquando da necessidade de delegação de tarefas, ressalva-se a orientação e supervisão das mesmas, tendo sido garantida a segurança e qualidade dos cuidados.

No processo de aquisição das competências em análise, destaca-se o contributo dos conteúdos programáticos desenvolvidos e aprofundados na UC de “Gestão em Saúde e Governação Clínica”.

Após reflexão das atividades desenvolvidas consideramos ter adquirido as competências comuns do enfermeiro especialista e de Mestre em Enfermagem em questão.

D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 - “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2019, p. 4747).

D2 - “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4747).

Competências de Mestre em Enfermagem:

2. “Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência” (UE, 2015, p.24).

4. “Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida” (UE, 2015, p.24).

“6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e de enfermagem em particular” (UE, 2015, p.24).

No que concerne ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, importa salientar que o dever da atualização permanente constitui um dever inerente à profissão de enfermagem, patenteado no Código Deontológico inserido no estatuto da OE (2015), nomeadamente no artigo 100.º sobre os deveres deontológicos em geral, o qual explicita o dever de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de acções de qualificação profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 6), assim como no artigo 109.º relativo à excelência do exercício, sendo enunciado o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (OE, 2015, p. 10)”.

Estes deveres orientaram desde sempre o percurso profissional, caracterizado pela atualização constante dos conhecimentos, através da pesquisa de evidência em bases de dados com credibilidade científica e da participação em diversas formações em variadas áreas, com enfoque na pessoa em situação crítica, da qual se destaca uma Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar.

A OE determina que o EE “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019, p. 4749). Neste sentido, tendo em conta a in experiência prévia relativa à prestação de cuidados complexos em contexto

de UCI, desde logo compreendemos a necessidade de investimento nas mais variadas temáticas com que nos fomos deparando, tendo sido identificadas lacunas formativas e respetivas oportunidades de pesquisa. Desde modo, o Estágio Final motivou a pesquisa em bases de dados científicas, a mobilização dos conhecimentos para o contexto clínico, assim como o esclarecimento de dúvidas com a Enfermeira Orientadora, refletindo-se numa prática baseada em evidência e no desenvolvimento de processos de tomada de decisão devidamente fundamentados.

No processo de desenvolvimento das competências enunciadas sublinhamos igualmente os contributos das UC de “Enfermagem Médico-Cirúrgica” e “Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada” pela abordagem de conteúdos programáticos específicos para a área da pessoa em situação crítica. Também a UC de “Investigação em Enfermagem” contribuiu para o aprofundamento de competências no âmbito da pesquisa da evidência atual, tendo culminado com o desenvolvimento e disseminação da investigação em enfermagem através da coautoria do artigo científico intitulado: “O uso da Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Insuficiência Respiratória Aguda Secundária à Covid 19: uma *Scoping Review*”, temática apresentada *à posteriori* num dos painéis de comunicações livres do III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde sobre a temática Epidemias: uma análise interdisciplinar, realizado nos dias 11, 12 e 13 de março de 2021 (ANEXO 3). Também no decorrer do estágio foi elaborado um artigo científico intitulado: “A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Sono na Pessoa Internada em UCI: uma *Scoping Review*” (APÊNDICE 1), o qual contribuiu para alicerçar a prática clínica em padrões sólidos de conhecimentos, sendo intenção futura proceder à disseminação da investigação através da sua publicação, de modo a atuar proactivamente para o exercício da prática de enfermagem com base em evidência científica.

De acordo com a OE (2019), o Enfermeiro Especialista “responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (OE, 2019, p. 4749). Tendo em conta o enunciado, destacamos a nossa intervenção enquanto formadores na sessão de formação: “A intervenção do enfermeiro na promoção do sono na pessoa internada em UCI”, a qual consistiu uma forma de transmissão de conhecimento à equipa de enfermagem, com contributos na promoção da reflexão crítica sobre a temática e melhoria da qualidade da prática clínica à pessoa em situação crítica.

Nesta área de competências, importa ainda ressaltar a realização de cursos com valor reconhecido no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente o “Curso de Suporte Avançado de Vida” (ANEXO 4) e o “*International Trauma Life Support*” (ANEXO 5). Destacamos igualmente a nossa participação nas “VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva”, que decorreram na Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa, nos dias 4 e 5 de novembro de 2021 (ANEXO 6). A participação nestes eventos formativos proporcionou o contato com especialistas e peritos em temáticas específicas na abordagem à pessoa em situação crítica, promovendo uma atualização dos conhecimentos, bem como o treino, essencial para o desenvolvimento de aprendizagens e habilidades profissionais nesta área de cuidados.

Relativamente ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade inerente às competências em análise, a OE (2019) determina que o “Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.” (OE, 2019, p. 4749). Para o alcance desta competência, torna-se essencial relevar os contributos da UC de “Desenvolvimento Pessoa em Saúde Mental”. Desde modo, a realização de um Ensaio Autobiográfico conduziu a um processo introspetivo e reflexivo de autoconhecimento, contribuindo para o desenvolvimento das competências necessárias a um elevado conhecimento e consciência do “Eu” e da sua extensibilidade ao “Eu” profissional. Este autoconhecimento foi fundamental para a gestão de características pessoais na construção de processos de ajuda, assim como para o reconhecimento, prevenção e gestão de situações potencialmente geradoras de conflito. Consideramos que todo o percurso académico e o Estágio Final foi pautado pelo desenvolvimento de pensamento crítico-reflexivo, facilitador da adaptação ao contexto organizacional e a uma atuação assertiva perante situações críticas. De salientar que, os momentos de autorreflexão, assim como as constantes reflexões críticas com a Enfermeira Orientadora e enfermeiros de referência acerca dos limites pessoais e profissionais potenciaram o desenvolvimento destas competências, refletindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados.

De salientar ainda que, para a concretização das atividades supracitadas e desenvolvimento das competências em análise, tornou-se igualmente relevante a mobilização dos conhecimentos adquiridos na UC de “Formação e Supervisão em Enfermagem”. Também no âmbito do desenvolvimento da Intervenção Profissional *Major* não podemos descurar a

importância dos conteúdos programáticos relativos à metodologia de projeto lecionados na UC de “Investigação em Enfermagem”.

Pelo exposto, consideramos adquiridas as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assim como as competências de Mestre em Enfermagem enunciadas.

Uma vez terminada a análise reflexiva acerca do processo de desenvolvimento das competências comuns do EE e de Mestre em Enfermagem, de seguida abordaremos o percurso para desenvolvimento das competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC.

4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem

De acordo com a OE (2018), pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362). Consideram-se assim que, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p. 19362).

A OE definiu um conjunto de competências do Enfermeiro Especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, agrupadas em três domínios, descritas como:

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da

situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”. (OE, 2018, p. 19359).

Seguidamente procedemos a uma análise reflexiva acerca das atividades desenvolvidas com o intuito de adquirir cada uma das competências supracitadas, bem como as competências de Mestre em Enfermagem que se coadunam com estas.

Competência 1 - “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p.19363).

Competência de Mestre em Enfermagem:

1. “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (UE, 2015, p.24).

Acerca desta competência específica do EEEMC na vertente da PSC, a OE (2018) determina que perante a “complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018, p.19363).

No que concerne a este domínio específico, importa ressaltar as expectativas relativas ao Estágio Final em ambiente de UCI. Apesar de doze anos de experiência profissional focados na prestação de cuidados ao doente e família em situação crítica, os mesmos foram desenvolvidos num contexto plenamente distinto, nomeadamente em Urgência Médico-Cirúrgica. Neste sentido, o início do estágio foi marcado por um misto de emoções, sendo elevadas as expectativas relativas à diversidade de experiências e ao desenvolvimento de boas práticas, atendendo aos rácios existentes. Em contrapartida, ressalta-se a apreensão quanto à complexidade de dispositivos médicos e de tecnologia avançada, características deste contexto.

Com o intuito de alcançarmos esta competência específica, numa fase inicial do estágio tornou-se fundamental a aquisição de conhecimentos sobre a estrutura física, orgânica e funcional da unidade, bem como a compreensão da constituição da equipa multidisciplinar, as funções dos diferentes elementos e o método de distribuição de trabalho. De semelhante modo, também a consulta de normas e protocolos em vigor, ou em desenvolvimento, foram cruciais, para a compreensão e análise da cultura institucional e do serviço, conforme descrito anteriormente. A mobilização destes conhecimentos foi determinante para o processo de integração, estabelecimento de uma relação empática com a equipa multidisciplinar e para o desenvolvimento de autonomia e sentido de segurança, essencial na prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica. De sublinhar ainda os contributos da mobilização destes conhecimentos para o desenvolvimento de uma eficaz gestão do tempo e para a priorização dos cuidados prestados à PSC.

A discussão com a Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coordenadora e Professora acerca dos objetivos e atividades definidos no Projeto de Estágio, revelou-se motivadora, permitindo a sua adequação às características do contexto atual do serviço. Também a partilha desta informação com a restante equipa de enfermagem contribuiu positivamente para a prossecução dos objetivos. Desde modo, uma vez inteirada dos objetivos estabelecidos, a equipa revelou-se sensível e desperta para os mesmos, proporcionando o mais vasto leque de oportunidades de aprendizagem possível, as quais foram correspondidas através da demonstração de uma atitude de disponibilidade e iniciativa perante situações novas.

Para a aquisição desta competência específica consideramos fundamental a observação e colaboração com a Enfermeira Orientadora na prestação de cuidados de alta complexidade à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica, cujos contributos foram evidentes na identificação atempada de eventuais focos de instabilidade e no desenvolvimento de respostas adequadas e oportunas.

Respeitante à dinâmica orgânica e funcional do serviço, destacamos a importância da identificação do circuito realizado pela pessoa em situação crítica, desde a sua admissão na UCI à transferência/alta, assim como a articulação da UCI com outros serviços. A compreensão deste circuito permitiu a cooperação em momentos importantes de aprendizagem, nomeadamente o acolhimento da pessoa/família na unidade, transferência e transporte intra-hospitalar.

Relativamente ao transporte intra-hospitalar do doente crítico, Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais (2020) determinam essencial o reconhecimento e, conseqüente, minimização dos riscos que este acarreta, para a salvaguarda da segurança do doente. No seguimento, as autoras apontam um conjunto de itens de segurança relativos a este procedimento que incluem a identificação e avaliação do doente, identificação dos recursos necessários ao transporte, comunicação segura entre profissionais, monitorização contínua do doente e avaliação da sua condição clínica após o transporte (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais, 2020). Neste sentido, foram frequentes as oportunidades de acompanhamento de doentes em situação crítica ao BO e à Imagiologia, as quais contribuíram para o desenvolvimento do planeamento do transporte intra-hospitalar, sendo garantida a confirmação da identidade do doente, a avaliação sistemática do doente no serviço (pré-transporte) para confirmação da estabilidade hemodinâmica necessária à sua concretização, assim como a identificação, verificação e testagem de autonomia e funcionalidades dos diferentes equipamentos necessários, tais como monitor, ventilador de transporte, seringas infusoras, bala de oxigénio, procedendo à sua fixação de forma segura. No planeamento do transporte do doente crítico, salientamos ainda a participação na comunicação com a equipa interdisciplinar da UCI que procede ao acompanhamento do doente (médico e AO) e com o serviço de imagiologia, garantindo uma coordenação eficaz e segura do transporte. Durante a fase de transporte, é fundamental manter a estabilidade fisiológica do doente, no sentido de evitar iatrogenias (Canellas, Palma, Pontífice-Sousa, & Rabiais, 2020). Assim, na fase de transporte procedemos à monitorização contínua do doente e à avaliação sistemática da sua estabilidade hemodinâmica. Após a realização do transporte ressalvamos a importância da reavaliação clínica e acomodação do doente na unidade. Desde modo, consideramos ter cooperado na execução, vigilância e intervenção de níveis de cuidados de alta complexidade nas diferentes fases de transporte do doente crítico, desenvolvendo habilidades no que respeita à identificação precoce de focos de instabilidade, respondendo de forma imediata e antecipatória aos mesmos.

No que respeita à administração de protocolos terapêuticos complexos à pessoa em situação crítica, consideram-se diversas e enriquecedoras as oportunidades de administração e gestão dos mesmos no decorrer do estágio, destacando-se, entre outros, protocolos de administração de noradrenalina, insulina, ácido tranexâmico, trombólise, sedo-analgésia, curarização, protocolo da intubação endotraqueal e protocolo da ventilação não invasiva, os quais exigiram uma monitorização e avaliação contínua da resposta aos mesmos, e uma adequação permanente das intervenções face ao identificado.

Relativamente ao protocolo de ventilação invasiva, apesar da experiência profissional prévia, o estágio em contexto de UCI revelou-se determinante para o aprofundamento e atualização de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e aquisição da perícia técnica e comunicacional que esta área de cuidados exige. A ventilação mecânica substitui, total ou parcialmente, a ventilação espontânea, encontrando-se indicada no tratamento da insuficiência respiratória aguda (IRA) ou crónica agudizada, sendo denominada invasiva aquando da utilização de tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia (Santos, et al., 2020). Este tipo de suporte ventilatório exige a assistência especializada por parte da equipa multidisciplinar e o desenvolvimento de boas práticas, a fim de garantir a segurança do doente e contribuir para a qualidade dos cuidados.

Por boas práticas define-se o conjunto interligado e indissociável de teorias, técnicas, processos e atividades percecionados como as melhores opções disponíveis para o cuidado numa determinada área, em consistência com conhecimentos, valores, contextos, ambientes, objetivos e evidência científica acerca de um determinado domínio da saúde (Santos, et al., 2020). Os cuidados concebidos como boas práticas de enfermagem ao doente sob ventilação mecânica invasiva relacionam-se com o tubo endotraqueal, ventilador mecânico e circuito respiratório, prevenção de broncoaspiração, controlo de infeção, sedo-analgesia, sono-vigília e dor (Santos, et al., 2020).

Tendo em consideração o enunciado, o Estágio Final proporcionou inúmeras oportunidades de observação e cooperação nos cuidados à PSC sob VMI, as quais encorajaram o aprofundamento de conhecimentos sobre os diferentes modos ventilatórios, o desenvolvimento de habilidades relacionadas com o manuseamento e utilização de ventiladores com sistema avançado de incorporação mecânica e monitorização através de curvas de pressão, volume, fluxo e curvas de tendência, bem como a destreza técnica na manipulação do tubo endotraqueal e circuitos ventilatórios e a implementação consistente do feixe de intervenções da prevenção da pneumonia associada à intubação preconizada pela DGS (2017). De salientar que, em relação ao desenvolvimento de competências acerca dos modos ventilatórios, além da pesquisa de evidência em bases de dados científica, consideramos fundamentais os contributos de peritos, nomeadamente da Enfermeira Orientadora e de um Enfermeiro do serviço, na transmissão de conhecimentos nesta matéria.

Relativamente ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia patentes no perfil de Competências Específicas do EEEMC-PSC

emanado pela OE (2018), no que respeita particularmente à sedação, as boas práticas nos cuidados de enfermagem recomendam o recurso a escalas para avaliar o nível de sedação de doentes sob ventilação mecânica, tais como a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), a qual deve ser utilizada para o ajuste da infusão medicamentosa em função da necessidade clínica do doente, de modo a evitar o excesso de sedação e minimizar o risco de ocorrência de efeitos adversos induzidos pelo tratamento (Santos, et al., 2020). Na UCI onde decorreu o Estágio Final preconizam a prática da avaliação sistemática do nível de sedação do doente internado sob VMI diariamente, no turno da manhã, com recurso à RASS. Em conformidade, durante o estágio procedemos à avaliação e registo deste parâmetro através da aplicação deste instrumento, cujos dados são trabalhados à *posteriori* pelo grupo de trabalho responsável pela sua implementação e avaliação por meio de auditorias.

Neste âmbito, destacamos também a nossa intervenção na monitorização do índice bispectral (BIS) na PSC, o qual constitui uma ferramenta para avaliação do grau de profundidade da anestesia e as variações eletroencefalográficas dos anestésicos. O BIS é um parâmetro derivado da eletroencefalografia que fornece uma avaliação direta e, em tempo real, dos efeitos dos sedativos e anestésicos no cérebro, fornecendo dados que permitem uma orientação sobre a adequação aos fármacos. É representado por um valor numérico entre 0-100, sendo que o valor mínimo indica supressão do EEG ou ausência de atividade cerebral e o máximo indica estado de vigília. Durante procedimentos em que existe necessidade de anestesia, o valor ideal indicado pelo BIS deve ser mantido entre 40-60, de forma a garantir um estado hipnótico adequado (Galante, et al., 2015). Assentes no princípio da prática baseada em evidência e suportados pela Teoria do Conforto de Kolcaba, consideramos assim a monitorização e interpretação deste parâmetro fundamental para um ajuste terapêutico eficaz, de modo a otimizar o conforto e a adaptação à ventilação mecânica invasiva.

Por sua vez, no que concerne à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, importa salientar a importância da consulta de normas, protocolos e instrumentos de avaliação da dor utilizados na unidade onde decorreu o estágio. A dor define-se “como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional (...) é descrita como uma lesão tecidual concreta ou potencial” (DGS, 2003, p. 3). A avaliação da dor através de instrumentos fidedignos permite objetivar um fenómeno de natureza subjetiva, uniformizar a linguagem dos profissionais de saúde, facilitar o processo de tomada de decisão, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções, bem como a readaptação de

estratégias em tempo útil (DGS, 2010). A OE corrobora a importância da gestão da dor, no perfil de competências do enfermeiro especialista nesta área de atuação, afirmando o dever de garantir “a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (...) e demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2018, p. 19360).

Face ao exposto, considera-se essencial a demonstração de competências por parte do EEEMC no âmbito da PSC no que respeita à avaliação, gestão e registo sistematizado da dor. A gestão da dor nos serviços de saúde está contemplada como padrão de qualidade, pelo que nesta unidade encontra-se implementado um programa de melhoria contínua de avaliação da dor, o qual inclui um protocolo de avaliação da dor. De forma sumária, no protocolo consta que a avaliação da dor deve ser realizada no momento de admissão do doente. Na ausência de dor, procede-se à avaliação da mesma 1 vez por turno. Na presença de dor, administração de analgesia ou intervenções que visem o alívio de dor, deve proceder-se à sua avaliação de 2/2 horas. A avaliação e o respetivo registo passam para 6/6 horas, após uma avaliação sem dor presente. Salvaguarda-se ainda a necessidade de avaliação da dor antes e após a realização de técnicas invasivas. Acerca da avaliação da dor, destacamos ainda a capacidade observacional e perícia da enfermeira orientadora, despertando-nos para a possibilidade de ocorrência de alterações hemodinâmicas que possam sugerir a presença de dor, tais como picos hipertensivos, taquicardia e/ou taquipneia, aquando do posicionamento ou da realização de procedimentos invasivos, como a aspiração de secreções.

Quanto a instrumentos para avaliação da dor, destacamos a implementação de dois instrumentos na UCI onde decorreu o estágio, nomeadamente a escala numérica de 0-10, utilizada em doentes que verbalizam, e a escala de FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), adotada para os doentes sedo-analgésicos com incapacidade de verbalizar. Esta última ferramenta constitui uma escala de fácil aplicabilidade, muito utilizada em crianças, que demonstrou eficácia na avaliação da dor em condições de consciência e inconsciência. De caráter comportamental, este instrumento avalia padrões da face, pernas, atividade, choro e consolabilidade, variando de 0 a 10, podendo ser classificada de acordo com o score: 0: relaxado e confortável; 1-3: desconforto médio; 4-6: dor moderada; 7-10: dor/desconforto severo (Carvalho, et al., 2019).

Após reconhecimento das escalas de avaliação da dor implementadas no serviço, procedemos à sua aplicação, bem como à monitorização e vigilância da dor de acordo com o protocolo em vigor no serviço. Para o alívio da dor da pessoa em situação crítica internada na

unidade, destacamos a aplicação de rigorosos protocolos farmacológicos, bem como a implementação de medidas não farmacológicas, nas quais as intervenções autónomas de enfermagem que visam o conforto físico do doente e a promoção de conforto ambiental assumem um papel preponderante. Quanto a estratégias não farmacológicas utilizadas na gestão da dor destacamos o posicionamento, a massagem e a otimização de estratégias promotoras de conforto ambiental, nomeadamente a alocação da PSC em quarto individual, sempre que possível, interações silenciosas entre a equipa multidisciplinar e o ajuste de alarmes de equipamentos de electromedicina. Desde modo, ressalta-se a importância das intervenções desenvolvidas sobre as sensações corporais e processos de doença (Kolcaba, 2003), com vista à obtenção de conforto.

Também no âmbito da administração de protocolos terapêuticos complexos à PSC, sublinhamos o primeiro contacto com técnicas e equipamentos, nomeadamente com a técnica de substituição renal (TSR) contínua e a PiCCO, as quais, além da consulta das normas e protocolos do serviço, exigiram uma profunda pesquisa da evidência científica atual sobre as mesmas, com o intuito de assegurar a qualidade e segurança na prestação destes cuidados específicos.

No que respeita à TSR, trata-se de uma abordagem terapêutica utilizada na lesão renal aguda (LRA), a qual constitui uma das falências orgânicas com uma mais elevada prevalência em doentes internados em UCI, afetando aproximadamente 40% destes doentes (Huan, Grandas, Flechet, & Meyfroidt, 2020). LRA é definida como um declínio rápido da função excretora renal, classificada em três estágios de acordo com o grau de aumento da creatinina sérica (SCr) e/ou a redução na produção de urina, nomeadamente: aumento da SCr em 0,3mg/dl em 48 horas; aumento da SCr para 1,5 vezes da linha basal, cuja ocorrência é conhecida ou presumida nos 7 dias anteriores; redução no volume de urina em 0,5ml/Kg/h em 6 horas (Aspelin, et al., 2012). A equipa de enfermagem assume um papel ativo na sua aplicabilidade, sendo responsável pela dimensão técnica, assim como pela relação do doente com o ambiente, o que evidencia a sua importância na prevenção de complicações clínicas a esta associada, constituindo a deteção precoce e a intervenção rápida diferenciais de extrema relevância nesta área de cuidados (Fé, et al., 2021). De entre as diversas funções da equipa de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados à PSC sob TSR, destacam-se as direcionadas para a avaliação e identificação atempada de fontes potenciais de desequilíbrio do estado hidro eletrolítico, execução de um programa nutricional ajustado aos limites do regime terapêutico e promover a segurança do doente atentando a possíveis complicações (Fé, et al., 2021).

Assim, consciencializando-nos da necessidade de desenvolvimento de conhecimentos sobre a temática que nos permitisse a prevenção e o reconhecimento precoce das múltiplas complicações que esta técnica de elevada complexidade pode acarretar, tornou-se fundamental a consulta da norma de procedimento da unidade e a revisão e consolidação de conhecimentos sobre a fisiopatologia, as diferentes técnicas existentes, com enfoque para a técnica mais utilizada no serviço - hemodiafiltração venovenosa contínua, os tipos e locais de acessos vasculares, as diferentes abordagens de anticoagulação e manuseamento do circuito. Considerou-se igualmente premente a consulta das propostas de intervenções de enfermagem estabelecidas pela *Nursing Interventions classification* (NIC) relativas à prevenção de complicações dialíticas, das quais se destacam a manutenção do acesso vascular central, controlo de arritmias, estabilização hemodinâmica, monitorização hídrica, controlo de hipoglicémia e tratamento de hipotermia (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018). Destacamos ainda a importância da partilha de conhecimentos e a demonstração de segurança e rigor revelados pela Enfermeira Orientadora, promotoras do encorajamento e do contorno das preocupações sentidas numa fase inicial relativamente a esta área complexa de cuidados. Tendo em conta o explanado, consideramos ter contribuído para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC sob TSR, através do planeamento e execução de intervenções adequadas e dirigidas às necessidades individuais, demonstrando uma atitude proativa no processo de tomada de decisão neste âmbito.

Acerca da implementação de protocolos terapêuticos complexos na PSC, realçamos, de igual forma, as oportunidades para aplicação do internacionalmente reconhecido algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV). Não obstante tratar-se de um protocolo amplamente utilizado ao longo de todo o percurso profissional em contexto de urgência, constitui um protocolo que requer atualização, treino e prática permanente, pelo que todas as situações em que se procede à sua aplicação constituem oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências e perícia na abordagem à PSC. Para o desenvolvimento de competências neste âmbito, ressaltamos a importância dos conteúdos técnico-científicos lecionados no curso de SAV inserido na UC de EMC 4 do 2º semestre deste curso, o qual contou com as mais recentes atualizações instituídas pela *American Heart Association* em 2020. De salientar que, a participação neste curso não só contribuiu para a atualização de conhecimentos e o treino nesta área de atuação, como também constituiu um momento de formação e treino em liderança em situação de reanimação.

Grover, Porter, & Morphet (2017) salientam que os princípios do trabalho em equipa, tais como a liderança, comunicação, suporte mútuo, consciência situacional e supervisão não são características inatas aos enfermeiros, sendo necessária formação e treino para desenvolver e aplicar essas competências. De acordo com Porter, Cant, & Cooper (2018) a liderança, o planeamento e a comunicação durante a reanimação são considerados os fatores mais relevantes para o bom funcionamento e coesão da equipa, sublinhando que a qualidade do líder influencia o desempenho geral da equipa. A atribuição de funções na equipa de reanimação pressupõe que a mesma, enquanto um todo, tenha consciência das suas competências e responsabilidades, evitando confusão no momento crítico. Neste sentido, o líder define as funções, de acordo com a competência, preferência e confiança, demonstrando consideração pela individualidade de cada elemento, promovendo, assim, uma melhoria na organização da equipa em contexto de reanimação (Porter, Cant, & Cooper, 2018).

Analisando e refletindo acerca da prática clínica em situações de reanimação ocorridas em contexto de estágio, consideramos que as mesmas constituíram experiências enriquecedoras, uma vez que nos encontrávamos acompanhados de peritos no atendimento à pessoa em situação crítica em paragem cardiorrespiratória (PCR), que primam pela capacidade de liderança e eficácia comunicacional, com resultados notáveis no desempenho de toda a equipa e, conseqüentemente, na recuperação do doente. Estes momentos possibilitaram a mobilização e demonstração de competências e habilidades em SAV, de acordo com o perfil de Competências Específicas do EEEMC-PSC estabelecido pela OE (2018), bem como o desenvolvimento de competências em liderança em situações de emergência.

Neste âmbito, destacamos ainda a compreensão da importância do recurso a estratégias de aperfeiçoamento de atuação e comunicação, nomeadamente a realização de reuniões informais no final da reanimação, nas quais se promoveu uma discussão e reflexão crítica entre a equipa com a finalidade de evidenciar os pontos fortes e identificar/corrigir os menos bons, reforçando a segurança, confiança e comunicação entre a equipa multidisciplinar. De acordo com Grover, Porter, & Morphet (2017), a análise informal do desempenho da equipa através do *debriefing* promove a comunicação aberta sobre os acontecimentos mais significativos, impulsionando mudanças, tornando a resposta ao evento mais direta e eficaz. São nesses momentos difíceis ou em situações críticas, que o comportamento de apoio e suporte dos membros da equipa é mais valorizado, contribuindo positivamente para o desempenho e aumento da confiança na prestação de cuidados.

A abordagem ABCDE, do acrónimo A (*Airways*) - Via Aérea com controlo da coluna cervical, B (*Breathing*) - Respiração e Ventilação; C (*Circulation*) - Circulação com controlo da hemorragia; D (*Disability*) - Estado Neurológico; E (*Exposure*) - Exposição e controle da temperatura, constitui uma avaliação transversal padronizada para a PSC que tem como finalidade proceder à deteção precoce de lesões e ao respetivo tratamento, de acordo com a priorização estabelecida (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2020). Esta abordagem foi aprofundada e treinada exaustivamente nos cursos de SAV e ITLS. Durante o estágio ocorreram várias situações em que se tornou fundamental a mobilização e aplicação destes conhecimentos, nomeadamente numa situação de peri-paragem numa pessoa com diagnóstico de choque cardiogénico no contexto de enfarte agudo do miocárdio (EAM), numa puérpera admitida por quadro de choque hemorrágico, assim como em situações em que se seguiu o algoritmo de cuidados pós PCR após obtenção de recuperação da circulação espontânea (RCE) durante manobras SAV. O recurso à metodologia ABCDE na PSC permitiu-nos a realização de uma avaliação sistemática, completa e eficiente, contribuindo para a identificação de focos de instabilidade que coloquem a pessoa em risco de vida eminente, bem como a sua abordagem com a maior celeridade possível, de forma a evitar a evolução para situações mais graves, incluindo PCR. Assim, consideramos ter ganho contributos importantes que nos permitem uma melhoria na prestação de cuidados à PSC, com reflexos marcados na prática clínica no nosso contexto profissional.

No que respeita às unidades de competência enunciadas pela OE (2018) no perfil de competências do EEEMC-PSC: “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” e “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19363), consideramos a UCI um local privilegiado para o desenvolvimento destas competências. Assim, não obstante a UCI poder constituir um serviço altamente potenciador de *stress* e ansiedade à pessoa/família/pessoa significativa em situação crítica, quer pela situação de doença grave que se encontram a experienciar, quer pelo ambiente altamente tecnológico em que estão inseridos, trata-se de um ambiente controlado, aspeto considerado facilitador para o aprofundamento de técnicas comunicacionais, adaptação de estratégias de comunicação verbal e não verbal face à complexidade do estado clínico da pessoa e estabelecimento de uma relação terapêutica. Relativamente a estratégias de comunicação alternativas utilizadas para comunicação com doente EOT ou com traqueostomia, destacamos a utilização de um quadro de imagens existente no serviço e a escrita. Por sua vez, no que concerne a meios de comunicação não verbal, o toque

terapêutico constituiu o meio mais amplamente utilizado. De acordo com Benner (2001), os enfermeiros peritos utilizam o toque como abordagem terapêutica, através do qual veiculam mensagens de apoio, reconforto e estimulação física.

No que concerne à integração da família/pessoa significativa na prestação de cuidados à PSC, no momento da admissão na unidade privilegia-se a identificação de um elemento de referência da família ou uma pessoa significativa, o qual constitui o elo de ligação com a equipa multidisciplinar. Neste sentido, durante o estágio, após identificação da pessoa de referência, procedemos ao seu acolhimento, esclarecimento de dúvidas, preparação para o cenário com que se iria deparar, acompanhamento físico até junto do doente e apoio emocional, sempre que necessário, contribuindo, deste modo, para a promoção do conforto sociocultural, na qual se encontram inseridas as relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 2003). Consideramos, assim, que o estabelecimento de uma relação terapêutica, a informação, o suporte e o envolvimento da família/cuidador no processo de tomada de decisão são fundamentais para a aquisição de segurança e gestão da situação crítica por parte da família e/ou pessoa significativa. Benner (2001) sublinha a importância de proporcionar apoio afetivo e informar a família dos doentes, reforçando que os enfermeiros desempenham um papel preponderante no apoio e otimização do papel positivo da família no processo de cura do doente, facultando-lhes as informações necessárias para lhes providenciar cuidados físicos e apoio afetivo.

Perspetivando a família e/ou pessoa significativa como um elemento-chave no processo terapêutico da PSC internada em UCI e, atendendo às limitações impostas no regime de visitas devido ao atual contexto pandémico, considerámos pertinente o desenvolvimento de estratégias para contorno de “barreiras de comunicação” entre o doente e família/cuidador. Como tal, sugerimos a aquisição de um *tablet* para o serviço, com o intuito de promover o contacto visual e auditivo entre o doente e a família/cuidador através de videochamadas, a qual foi atenciosamente rececionada por parte da equipa. De ressaltar que, a comunicação com a PSC encontra-se patente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na área de enfermagem à PSC, no que concerne a elementos importantes para a satisfação do cliente, nomeadamente: “a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica; a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica” (OE, 2017, p. 12).

Consideramos o Estágio Final igualmente enriquecedor para o desenvolvimento e mobilização de estratégias facilitadoras de dignificação da morte e de processos de luto. Neste sentido, experienciámos momentos complexos que envolveram a mobilização e demonstração de conhecimentos no âmbito da comunicação de mau prognóstico e da gestão de ansiedade e medo da família/cuidador da pessoa em falência orgânica. Perante a necessidade de transmissão de uma má notícia, a equipa multidisciplinar recorreu a um dos protocolos mais utilizados no âmbito da saúde, o protocolo SPIKES, do acrónimo *Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Emotion and Empathy; Strategy and Summary*. Este protocolo consiste em seis etapas, estando cada uma delas associada a habilidades específicas, nomeadamente a preparação da entrevista, avaliação da perceção da pessoa, convite para o diálogo, transmissão gradual de informação, expressão de emoções e apoio e, por último, resumo e apresentação de estratégias de intervenção e planeamento para o futuro (Sequeira, 2016). Através da coordenação eficaz entre a equipa multidisciplinar e do recurso a este protocolo garantimos uma comunicação assertiva e o estabelecimento de uma relação empática, destacando-se o papel do enfermeiro especialista na permissão de expressão de emoções e no suporte emocional, bem como na salvaguarda da implementação de medidas de conforto, cruciais para o desenvolvimento de segurança e aceitação no processo de luto.

No que concerne à garantia da segurança da pessoa em situação crítica por meio de registos, na UCI onde decorreu o estágio os registos de enfermagem encontram-se uniformizados informaticamente através do *Sclínico*, o qual constituiu um desafio, na medida em que, havíamos tido um reduzido contacto com o mesmo ao longo de todo o percurso profissional. Consideramos o facto de se tratar de um sistema intuitivo e a disponibilidade da Enfermeira Orientadora facilitadores no processo de adaptação ao mesmo. Relativamente à transferência de informação entre a equipa multidisciplinar, a unidade tem adotado o ISBAR, em conformidade com a norma 001/2017 da DGS (2017) relativa à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. A transmissão de informação entre profissionais de saúde deve ser considerada prioritária em todos os momentos vulneráveis e/ou críticos de transferência de cuidados, pelo que o ISBAR constitui uma “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (DGS, 2017, p.1). Neste sentido, durante o estágio final foi garantida a continuidade dos cuidados e a segurança na transmissão da informação pertinente da PSC à equipa multidisciplinar através do recurso a esta ferramenta. De salientar que, apesar de já termos conhecimento prévio acerca do ISBAR por constituir a metodologia de transferência de

informação utilizada no local de trabalho, considerou-se interessante a sua adaptação e aplicação num contexto completamente distinto de cuidados.

Para o desenvolvimento desta competência específica do EEEMC-PSC, considerámos relevante a realização de um estudo de caso (APÊNDICE 8), o qual debruçou-se sobre uma pessoa em situação crítica internada na unidade com o diagnóstico de EAM. O estudo de caso constitui uma abordagem metodológica de investigação com particular pertinência quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores. No âmbito de enfermagem, trata-se de um importante método de investigação que contribui para o seu conhecimento e desenvolvimento, enquanto disciplina e profissão (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Após uma análise reflexiva acerca deste Estudo de Caso, determinamos que a sua realização contribuiu para a compreensão da complexidade da pessoa a experienciar um processo de doença crítica, nomeadamente o EAM. A elaboração do plano de cuidados, tendo em conta a especificidade e individualidade do caso apresentado, bem como a sua discussão e análise com a Enfermeira Orientadora e Professora, foram cruciais para o desenvolvimento de raciocínio clínico na avaliação diagnóstica, na determinação das intervenções, assim como na avaliação dos resultados, despertando igualmente para a importância da vigilância e monitorização da pessoa/família a vivenciar esta situação. Também a reflexão sobre os diagnósticos prioritários e os de alta sensibilidade, alvos de uma detalhada fundamentação, foi decisiva para o desenvolvimento da capacidade de priorização de intervenção. De salientar que, em relação ao diagnóstico de alta sensibilidade, nomeadamente a dor, a sua seleção reflete a valorização de intervenções maioritariamente de enfermagem que incrementam o bem-estar e o conforto na pessoa com EAM, sendo que a sua argumentação contribuiu para o desenvolvimento de raciocínio clínico essencial para a avaliação inicial, intervenção e avaliação dos resultados à pessoa com dor.

De salientar que, este Estudo de Caso forneceu contributos importantes não só para o desenvolvimento e consolidação da competência específica do EEEMC-PSC em análise nesta fase do relatório, como também para o desenvolvimento da competência específica do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC relativa à maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Ressalva-se a transversalidade da pesquisa bibliográfica da evidência científica em todo o processo de aprendizagem e de desenvolvimento desta competência específica, destacando-se, simultaneamente, a importância da mobilização dos conhecimentos aprofundados e adquiridos nas UC de “Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental, “Enfermagem Médico-Cirúrgica 1”, “Enfermagem Médico-Cirúrgica 2” e “Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada”. Com a finalidade de manter a atualização permanente dos conhecimentos sublinhamos, de igual modo, a nossa participação no evento científico: “VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva” (ANEXO 6), no qual se abordaram temas de extrema relevância na área de cuidados à PSC, promovendo uma análise reflexiva acerca da nossa prática clínica. Neste âmbito, salientamos a intenção de participação em outros eventos de ordem científica, nomeadamente no “XXIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva & IV Congresso Internacional Ibérico de Enfermagem Intensiva”, no entanto vimos a sua realização adiada por motivos relacionados com o agravamento da situação pandémica verificada durante esta fase do percurso académico.

Em função do explanado consideramos adquirida a competência relativa ao cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pelo que iremos abordar seguidamente o processo de desenvolvimento da competência respeitante à dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Competência 2 - “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p.19363).

O artigo 3.º da Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, define catástrofe como o “acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Diário da República Eletrónico (DRE), 2006, p. 4996).

Emergência é uma situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo, que lhe origina perda de saúde, brusca e violenta, afetando-lhe, ou podendo potencialmente afetar, a função de um ou mais órgãos vitais, condição que, se não for imediatamente assistida, o colocará em grave risco de vida (Andrade, 2010) referenciado em (OE, 2017).

De acordo com o INEM (2012), situações de emergência multi-vítimas caracterizam-se por um desequilíbrio, pontual ou sustentável, entre as necessidades identificadas e os recursos disponíveis. Esta desigualdade condiciona a intervenção das equipas de emergência médica, exigindo uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis. Ao encontro do enunciado, a OE (2017) acrescenta que a emergência multi-vítima corresponde a uma situação que acarreta um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde, a qual impõe um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o intento de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, através do melhor uso dos recursos disponíveis.

Pelos mais diversos fatores, o contexto atual encontra-se veemente marcado por um aumento acrescido da possibilidade de ocorrência de catástrofes, quer de origem natural, quer de origem humana (terrorismo, acidentes nucleares, eventos bélicos, entre outros), colocando a população numa posição de maior vulnerabilidade. Araújo et al. (2019) defendem que, constituindo os incidentes com múltiplas vítimas eventos imprevisíveis, estes requerem rigor no planeamento e gestão dos recursos disponíveis, de forma a garantir a melhor atuação possível. À semelhança, Loke, Guo & Molassiotis (2021) aludem que, o crescente aumento de catástrofes verificado em todo o mundo enfatiza a necessidade de formação dos profissionais de saúde, de modo que se encontrem preparados e habilitados a responder competente, rápida e eficazmente, contribuindo positivamente nestes cenários, minimizando o seu impacto. A formação e o treino são a base para o desenvolvimento de competências nesta área de intervenção (Campos, 2015), sendo a qualificação das equipas e a experiência prévia fatores determinantes para o sucesso na assistência em catástrofe (Araújo et al., 2019).

Neste sentido, acerca desta competência específica do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, a OE (2018) estabelece que, “perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018, p. 19363).

Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC-PSC, relativamente à organização dos cuidados de enfermagem, preconizam a “existência de um sistema de triagem promotor do atendimento sustentado em prioridades clínicas” (OE, 2017, p. 15) e a “utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima” (OE, 2017, p. 15).

No âmbito desta competência específica consideramos fundamental a consolidação e mobilização dos conhecimentos desenvolvidos na UC “Enfermagem Médico-Cirúrgica 3”. Determinamos igualmente pertinente a realização de uma profunda revisão de documentos que norteiam a resposta em contexto de emergência e catástrofe, dos quais destacamos o Decreto-Lei n.º 72/2013, o qual previu uma adaptação ao modelo de organização operacional do Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro, a qual compreendeu, ao nível operativo, o princípio do comando e estratégia únicos, independentemente da sua dependência hierárquica e funcional (DRE, 2013). Por sua vez, também a revisão da orientação 007/2010 da DGS se tornou particularmente relevante, na medida em que esta recomenda a elaboração de um Plano de Emergência Médica a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, de acordo com o “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde” que se encontra anexado ao documento (DGS, 2010).

Em contexto de estágio procedemos à consulta dos planos de emergência interno e externo da instituição e da Unidade de Cuidados Intensivos, com enfoque nos procedimentos de atuação e no papel de cada elemento em caso de catástrofe. Relativamente aos planos de emergência da instituição, verificamos que estes se encontram atualizados e em conformidade com a orientação emitida pela DGS (2010), contemplando as modalidades de ativação e desativação do plano, a ativação do Gabinete de Crise, a operacionalização da segurança periférica e controle dos acessos, a organização da circulação externa/estacionamento, a mobilização dos recursos humanos, materiais e logísticos, o acolhimento e orientação de vítimas em grande número (incluindo vítimas potencialmente contaminadas), o acolhimento e informação das famílias, a comunicação de crise, a evacuação total ou parcial em caso de acidente interno consagrado no Plano de Emergência Interno (PEI) e alternativas de funcionamento perante incidentes com a rede energética, telecomunicações e gases medicinais.

Na continuidade, constatamos que o PEI identifica os fatores de risco internos e externos, assim como a tipologia dos riscos atendendo à possibilidade dos diferentes cenários: naturais (incêndio, inundação, risco sísmico, tempestade, descargas atmosféricas), tecnológicos (incêndio/explosão, falha elétrica, inundação, sinistro em edifício vizinho) e sociais (ameaça de bomba, acidente de violência/distúrbio). De seguida, o PEI enuncia a organização dos diferentes intervenientes em situação de emergência, desde os grupos de intervenção/evacuação e brigada de 1ª intervenção, responsável de segurança, delegado de segurança, equipa de vigilantes, conselho estratégico, gabinete de relações públicas, posto de segurança, operadores da central telefónica, centro de operações de emergência, equipa de manutenção, grupo de apoio logístico e financeiro. No que respeita à gestão da emergência, esta relaciona-se com a sua tipologia, gravidade (incidente, emergência parcial ou emergência geral), localização e ocupação, pelo que as ações a empreender encontram-se detalhadas de acordo com as diferentes situações. Em relação ao plano de evacuação, este enuncia a organização da segurança em evacuação, estabelece as prioridades de evacuação, assim como especifica o modo de operar de acordo com a área, nomeadamente em serviços de apoio, técnicos e especiais, ambulatório e internamento, sendo que para internamento encontra-se subdividido em três níveis de evacuação: horizontal para serviço de refúgio, vertical e geral. Por fim, encontram-se definidos os pontos de reunião e o plano de comunicações tendo em consideração a estrutura atual de comunicações existente, assim como os diferentes meios de comunicação alternativos em caso de falha dos convencionais.

Aquando da consulta do PEI, verificamos que este se encontra acompanhado de documentos de preparação e avaliação de exercício de simulacro, do plano anual de formação para exercícios e simulacro, assim como do *layout* do relatório sumário do exercício de simulacro. O treino através de simulacros e a partilha de experiências permite a identificação de lacunas, bem como de aspetos com potencial de melhoria (Campos, 2015). Segundo Araújo et al. (2019) e Goniewicz et al. (2021), os profissionais de saúde denotam limitações respeitantes à atuação em eventos com múltiplas vítimas, considerando existir um défice de conhecimento e competências na gestão de catástrofe, o qual é atribuído à insuficiente formação específica neste âmbito. Por sua vez, profissionais com formação e treino sobre os procedimentos a adotar em contexto de catástrofe, planos de emergência e liderança de equipas consideraram-se mais aptos, habilitados e confiantes para dar uma resposta rápida e eficaz (Goniewicz et al., 2021). As instituições devem promover a atualização da formação em catástrofe em intervalos de tempo regulares, devendo esta ser de carácter obrigatório (Goniewicz et al., 2021), (Pouraghaei et al., 2017) (Campos, 2015). Acerca da formação contínua e treino em catástrofe, a Enfermeira

Orientadora salienta que a instituição preconiza a sua revisão sistemática anualmente. Contudo, tendo em conta o contexto pandémico e a reestruturação institucional envolvida, esta não se considera uma prioridade no imediato, sendo expetável a sua prossecução logo que a situação se encontre estabilizada.

No que respeita ao plano de emergência da UCI, este foi replanificado recentemente na fase de projeto da reestruturação física do serviço. Em reunião de esclarecimento de dúvidas e debate de pontos importantes com a Enfermeira Orientadora, constatamos que a estrutura física inicial apresentava uma lacuna significativa no que respeita à evacuação de doentes, particularmente a existência de uma porta única de acesso. Esta limitação foi colmatada com a reestruturação física da unidade, que contempla na atualidade a existência de duas portas de emergência. No decorrer do estágio destacamos como experiência enriquecedora para o desenvolvimento desta área de competência a participação numa reunião prévia à reabertura da unidade, na qual estiveram presentes o Engenheiro responsável pela obra e os diferentes profissionais de saúde do serviço, destacando-se enfermeiros peritos nesta matéria, um dos quais colaborante na Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. Nesta reunião foram explicitados e discutidos elementos-chave relativos às profundas alterações nas infraestruturas, assim como os diferentes mecanismos de segurança empreendidos, incluindo detetores de fumo, circuitos, sistema de alarmes, portas antifogo e os respetivos automatismos.

De salientar que, no decorrer do estágio não surgiu nenhuma situação de catástrofe, emergência multi-vítimas ou situação de exceção que exigisse a ativação e operacionalização dos diferentes planos de emergência enunciados, assim como a mobilização de conhecimentos relativos aos princípios de atuação, condições de segurança e meios de evacuação e transporte nesse contexto. Porém, no decorrer da experiência profissional em contexto de Urgência destacamos o acionamento do nível de crise ou catástrofe do Plano de Contingência Geral da instituição, o qual foi vivenciado durante a realização do presente Curso de Mestrado, particularmente em janeiro de 2021, perante a situação de extrema gravidade instalada na sequência do crescimento exponencial de doentes infetados por Covid-19 que comprometeu a garantia de recursos humanos, infraestruturas e equipamentos essenciais à prestação de cuidados definida como desejável. A ativação do plano de catástrofe impôs uma reorganização imediata de todos os serviços da instituição e a suspensão/adiamento das atividades programadas tidas como não prioritárias e/ou urgentes nas Consultas Externas e BO, bem como a mobilização dos profissionais de saúde dessas áreas para serviços onde se encontravam a prestar cuidados inadiáveis e urgentes, nomeadamente Serviço de Urgência, Unidade de

Cuidados Intensivos e Serviços de Internamentos. Concomitantemente, face à agudização da situação e, apresentando a estrutura planeada e programada para atendimento a estes doentes sinais evidentes de saturação e colapso eminente, pudemos acompanhar de próximo a instalação de um Posto Médico Avançado anexado ao Serviço de Urgência, o qual constituiu uma área alternativa essencial à prestação de cuidados no imediato.

Valorizamos os contributos da observação e cooperação com Enfermeiros Especialistas em EMC-PSC considerados referências no Serviço de Urgência pela demonstração de conhecimentos relativos ao plano de emergência em vigor e pelas suas capacidades de organização, sistematização, liderança e comunicação num momento exigente, que requereu uma capacidade de adaptação constante por parte de toda a equipa de profissionais, de forma a responder às alterações abruptas sentidas nos mais variados níveis, desde o inesperado crescimento da afluência de doentes em situação crítica, alterações de circuitos, integração de elementos mobilizados de serviços considerados não essenciais, alterações na metodologia de trabalho, receção e utilização de equipamentos novos, entre outras. Destacamos, assim, a importância de uma eficiente coordenação de equipa e o recurso a estratégias comunicacionais, que incluíram a transmissão de informação através de redes sociais para garantir o acesso ao maior número de elementos possível, reuniões para definição de estratégias de metodologia de trabalho e o *debriefing* estruturado e sistemático, no atendimento em situação de emergência multi-vítimas ou catástrofe.

Pelo enunciado, consideramos desenvolvidas e adquiridas a competência alvo de análise e reflexão.

Competência 3 - “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19364).

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é definida pela DGS como “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde

prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (DGS, 2007, p. 4). As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) encontram-se diretamente relacionados, constituindo problemas de importância crescente a nível mundial. Responsáveis pelo aumento da morbilidade e da mortalidade, o desenvolvimento de IACS implica o prolongamento dos tempos de internamento e o agravamento dos custos em saúde, bem como acentuam a pressão causadora de RAM pelo maior recurso a antibióticos e inviabilizam a qualidade dos cuidados, constituindo a principal ameaça à segurança dos cidadãos (DGS, 2017).

O risco de infeção associado ao contexto de UCI é uma problemática conhecida. O *European Centre of Disease Prevention and Control ECDC* (2012) concluiu que a prevalência de IACS é maior em doentes admitidos nas UCI's do que em outros serviços, onde, em média, 19,5% (na Europa) e 24,5% (em Portugal) dos doentes tiveram pelo menos uma IACS. Os fatores de risco que predis põem a pessoa para as IACS incluem: idade (superior a 65 anos), deficiente estado nutricional, patologias prévias, motivo de internamento, internamento superior a sete dias, intervenções cirúrgicas ou procedimentos invasivos recentes, estratégias terapêuticas agressivas e/ou imunossupressoras, uso inapropriado de antibióticos, utilização prolongada de dispositivos médicos invasivos (Reis, 2017). A compreensão destes fatores permite o entendimento da elevada taxa de infeção existente neste contexto de prestação de cuidados.

Na União Europeia, em 2017, dos doentes internados em UCI por mais de 2 dias, 8,3% (11 787) apresentaram pelo menos uma IACS adquirida na UCI; 6% apresentaram pneumonia, 4% infeção da corrente sanguínea (ICS) e 2% infeção do trato urinário (ITU); 97% dos episódios de pneumonia foram associados à ventilação, 37% de ICS foram relacionados ao cateter, e 98% de ITU foram associados à presença de um cateter urinário (ECDC, 2019).

Em Portugal, entre 2013 e 2017, registou-se uma redução da incidência de PAV (-10,81%) e de Bacteriemia (-30,77%), salientando-se uma descida acentuada após 2015, ano que marca a introdução dos feixes de intervenção associados à pneumonia e bacteriemia (DGS, 2018).

A prevenção de IACS constitui uma prioridade para os profissionais de saúde, surgindo atualmente como um importante indicador ao nível da qualidade dos cuidados de enfermagem. A OE enfatiza que, não constituindo um problema recente, as IACS assumem particular relevância na pessoa em situação crítica, sublinhando que “à medida que dispomos de

tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção” (OE, 2017, p.11). Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC-PSC estabelecem que “a procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção” (OE, 2017, p. 16).

Nesta área de competência a OE clarifica que o Enfermeiro Especialista em EMC-PSC:

“Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (OE, 2018, p. 6).

Neste sentido, para o desenvolvimento de uma prática clínica baseada em evidência, no âmbito da prevenção e controlo de infeção consideramos fundamental a revisão do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência ao Antimicrobianos (PPCIRA), documento no qual constam os mais recentes resultados das IACS, assim como as medidas previstas para reduzir as infeções hospitalares e melhorar o uso de antibióticos (DGS, 2017). Consideramos igualmente pertinente a revisão dos feixes de intervenção emanados pela DGS, com enfoque para os feixes de intervenção de prevenção das infeções mais prevalentes em contexto de UCI, nomeadamente, Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2017), Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (DGS, 2015), Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2017) e Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico (DGS, 2015).

No início do estágio, considerámos determinante a compreensão da dinâmica do GCL-PPCIRA, a qual foi possível através de uma reunião informal com um elemento dinamizador deste grupo no serviço. Na UCI encontram-se definidos elementos de ligação ao GCL-PPCIRA, enfermeiros e um médico, os quais são responsáveis pela dinamização de diversos grupos de trabalho, encontrando-se distribuídos pelas diferentes equipas. Os enfermeiros de referência, desempenham importantes funções no que concerne à formação formal e informal, assim como suporte, supervisão e esclarecimento de dúvidas para assuntos relacionados com a prevenção

e controlo de infeção. Estes elementos são igualmente responsáveis pela realização de auditorias aos mais diversos procedimentos, desde precauções básicas de prevenção e controlo de infeção que incluem a higienização das mãos e o uso correto de luvas; limpeza do serviço e das unidades dos doentes; implementação dos diferentes feixes de intervenção, entre outros. De ressaltar o empenho da equipa de enfermagem, em especial dos EEEMC - PSC, na salvaguarda pelo cumprimento criterioso dos feixes estabelecidos para a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos, bem como no rigor da sua implementação, monitorização, registo e respetiva avaliação através do preenchimento do instrumento de auditoria clínica.

Na fase inicial do estágio, procedemos à consulta dos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem, circuitos, normas de procedimentos e grelhas de auditorias aprovados pelo GCL-PPCIRA e que se encontram em vigor no serviço, de forma a desenvolver uma prática clínica ao encontro da política da instituição. Da consulta concluímos que estes documentos se baseiam na mais recente evidência científica disponível, encontrando-se devidamente atualizados e em conformidade com as normas enunciadas pela DGS. Também no que respeita a processos de limpeza/desinfeção ambiental, constatamos a existência de protocolos para limpeza e desinfeção diária e terminal atualizados e, cuja monitorização rigorosa se processa por meio de auditorias sistemáticas, realizadas pelos elementos dinamizadores do GCL-PPCIRA do serviço. Sobre este aspeto consideramos também importante destacar a excelente formação e treino demonstrado pelos profissionais que desempenham funções de limpeza e desinfeção da unidade, nomeadamente profissionais de limpeza e AO, cuja responsabilidade se atribui igualmente aos elementos de ligação com o GCL-PPCIRA.

No sentido de proceder ao cumprimento das normas institucionalizadas e à otimização da prestação de cuidados, consideramos também relevante a identificação dos tipos e localizações dos equipamentos de proteção individual (EPI) existentes no serviço, assim como as especificações definidas pelo serviço relativas às Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (via aérea, gotículas e contacto), particularmente o sistema de identificação e as estratégias adotadas para a alocação dos doentes. Neste sentido, constatámos que no início do estágio, aquando da deslocalização da UCI para a UIPA, esta encontrava-se a funcionar em modalidade de *Open Space*, estrutura física que, pelos mais diversos motivos, acarreta importantes desafios no que respeita à prevenção e controlo de infeção. Nesta fase de transição da UCI, dada a inexistência de quartos de isolamento, a estratégia de isolamento adotada consistia no isolamento por coorte. Esta limitação foi ultrapassada com a reestruturação da

unidade, a qual contemplou a construção de quartos individuais, dois dos quais com adufas, preparados para a possibilidade de realização de pressão negativa. De salientar que, estes dois últimos quartos ainda não se encontravam em funcionamento à data de término do estágio, sendo prevista a sua abertura para breve.

No que respeita a Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, encontra-se definido no serviço um sistema de identificação dos diferentes tipos de isolamento por código de cores. A sinalética é colocada à entrada da unidade do doente, em local visível, possibilitando a sua identificação imediata por parte dos profissionais de saúde. O EPI encontra-se em área comum, antes da entrada da unidade do doente, sendo que no seu interior encontra-se o equipamento e material estritamente necessário, para uso exclusivo do doente.

No momento de admissão na unidade, encontra-se protocolada a realização de colheitas de produtos biológicos para estudo microbiológico a todos os doentes, nomeadamente hemoculturas (central e periféricas), urocultura, exsudado retal para pesquisa de Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemos, secreções brônquicas e exsudado nasofaríngeo para pesquisa de SARS-Cov2. Relativamente à pesquisa de SARS-Cov2, esta repete-se a cada 5 dias e, sempre que se preveja ida ao BO, realização de exames ou transferência inter-hospitalar.

No que respeita à infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Metilicina (MRSA), este é um dos agentes etiológicos mais frequente nas IACS, constituindo as UCI's os locais em que a sua disseminação está associada a complicações mais graves, pelo que se consideram serviços prioritários no controlo de MRSA (DGS, 2015). Os principais fatores de risco para colonização/infeção por MRSA incluem: uso de antibióticos nos seis meses anteriores; internamentos prolongados recentes, internamentos recentes em UCI; Hemodiálise, unidades de internamento de cuidados continuados ou residências/lares de idosos; presença de dispositivos invasivos e feridas crónicas; colonização prévia por MRSA e proximidade com doentes colonizados ou infetados por MRSA (DGS, 2015).

Deste modo, no local de estágio, em conformidade com o feixe de intervenções de prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA (DGS, 2015), preconiza-se que todos os doentes internados por um tempo previsível superior a 48 horas sejam submetidos a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão. Os doentes com tubo

endotraqueal são submetidos a higiene oral, pelo menos três vezes por dia com gluconato de clorohexidina a 0,2% durante o internamento. É realizado rastreio (zangaratoa de exsudado nasal) no momento da admissão dos doentes com risco acrescido de colonização ou infeção por MRSA (todos os que verifiquem um ou mais critérios supramencionados), permanecendo em isolamento de contacto até conhecimento do resultado da pesquisa. No caso de o resultado revelar isolamento de MRSA, a descolonização do doente é efetuada com mupirocina a 2% pomada nasal e banho antisséptico durante 5 dias. Uma vez terminada a descolonização, procede-se à monitorização da sua eficácia através da realização de três rastreios, o primeiro 48 horas após o término do tratamento e os restantes em intervalos semanais. Se a primeira descolonização falhar, repete-se o procedimento, não se efetuando mais que dois ciclos de descolonização.

Também as visitas são alvo de atenção em matéria de prevenção e controlo de infeção na unidade, privilegiando-se o seu acolhimento e acompanhamento pelo enfermeiro responsável pela prestação de cuidados à PSC. Assim, aquando do acolhimento da família/pessoa significativa, o enfermeiro confirma com a pessoa a integridade da máscara, procedendo à sua substituição, sempre que necessário. De seguida é explicada a importância da higienização das mãos, assim como o seu correto procedimento e os momentos em que o deve realizar. Ao longo da visita, o enfermeiro desempenha um importante papel no que respeita à salvaguarda do cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção por parte das visitas. Neste âmbito, importa ressaltar que, o contexto pandémico impôs a necessidade de limitações no que concerne a visitas, as quais foram sendo ajustadas no decorrer do estágio, de acordo com as orientações da DGS. De entre as medidas excecionais implementadas, destacamos a permanência de uma única visita por doente, com horário restrito e, momentos houve em que a sua admissão na unidade só poderia ocorrer após apresentação de um teste SARS-Cov2 negativo, conforme as orientações circunstanciais da DGS. O agendamento de visitas processa-se via telefónica, sendo criteriosa a sua programação de modo a evitar sobreposição de horários e, portanto, a presença de mais que uma visita em simultâneo na unidade, prevenindo o contacto entre visitas de diferentes doentes.

Entendemos a prática de prevenção e controlo de infeção neste campo de estágio exímia, fator determinante para que o estágio pautasse pelo cumprimento das normas e procedimentos em vigor na instituição, as quais, conforme explanado anteriormente, encontram-se em conformidade com os feixes de intervenção emanados pela DGS. Salvaguardamos igualmente o cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infeção,

bem como das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, quando aplicáveis, contribuindo para uma prática segura e de qualidade.

Para o desenvolvimento, consolidação e aquisição desta competência específica, consideramos determinante a mobilização dos conhecimentos desenvolvidos na UC “Enfermagem Médico Cirúrgica 5”. Também a realização do estudo de caso (APÊNDICE 8) favoreceu a aquisição da competência alvo de análise, na medida em que um dos diagnósticos identificados consistiu no risco de infecção, cuja fundamentação exigiu uma pesquisa exaustiva baseada em evidência científica atual.

Neste âmbito, ressalvamos igualmente a nossa participação enquanto elemento dinamizador do GCL-PPCIRA em contexto profissional desde janeiro de 2019, a qual assumiu particular ênfase no momento pandémico que nos encontramos a vivenciar. Assim, destacamos o empenho no desenvolvimento e divulgação de algoritmos de triagem e circuito de doentes com suspeita de infecção por SARS-Cov2, tendo em conta os diferentes cenários possíveis, os quais exigiram o envolvimento dos diferentes grupos de profissionais no serviço, desde seguranças, administrativos, enfermeiros, médicos, AO, profissionais da limpeza. Também a formação durante este período mereceu importante destaque, pelo que se evidencia a nossa participação na qualidade de preletores em sessões de formação em serviço acerca de Precauções Básicas de Controlo de Infecção, Precauções Básicas por Vias de Transmissão, Coronavírus e colocação e remoção de EPI.

Tendo em consideração a fundamentação e a análise reflexiva apresentada, ajuizamos ter sido adquirida as competências na área da prevenção e controlo da infecção na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Competência de Mestre em Enfermagem:

7. “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.24).

Após a descrição e fundamentação das atividades desenvolvidas no decorrer de todo o percurso académico e respetiva análise reflexiva explanada ao longo deste capítulo, determinamos demonstrada a evidência de competências comuns do EE e específicas do EEEMC na vertente da pessoa em situação crítica patentes na competência de Mestre em Enfermagem supracitada.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste Relatório de Estágio marca o culminar de todo o percurso académico orientado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica atribuído pela OE. Neste sentido, este documento espelha o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE, específicas do EEEMC na área da PSC e de Mestre em Enfermagem, realizado ao longo de todo o Curso de Mestrado e que se elevou com a realização do Estágio Final.

O Estágio Final teve lugar numa Unidade de Cuidados Intensivos, o qual entendemos ter constituído um imponente desafio, dada a nossa inexperiência prévia neste contexto clínico. Sendo o serviço e a instituição diferentes da nossa realidade profissional, tal proporcionou perspetivas distintas no que respeita ao cuidar da pessoa em situação crítica, potenciando um vasto e enriquecido leque de oportunidades de aprendizagem que se revelaram basilares para o desenvolvimento e mobilização de conhecimentos, habilidades e capacidades intrínsecos ao processo de evolução pessoal e profissional.

A concretização da Intervenção Profissional *Major* norteada pela metodologia de projeto que versou sobre a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar na promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em contexto de UCI, constituiu um dos pilares do percurso teórico e prático desenvolvido no Estágio Final. O recurso a esta metodologia de investigação determinou-se particularmente importante no desenvolvimento de conhecimentos relativos às diferentes etapas inerentes a um projeto, nomeadamente, o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, o planeamento, a execução, a avaliação e divulgação dos resultados.

Enquadrando-se esta temática nos enunciados descritivos do “bem-estar e autocuidado” patentes nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na área

de Enfermagem à PSC (OE, 2017), sustentámos o trabalho na Teoria do Conforto de Kolcaba, evidenciando a forma como o sono e o conforto da PSC se encontram interligados, assim como o importante papel que o enfermeiro especialista desempenha na sua promoção. Atendendo que muitos dos fatores que influenciam o sono da PSC internada em UCI se relacionam com as dimensões física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, enunciadas por Kolcaba (2003), considera-se premente a proatividade dos enfermeiros na tomada de decisão face à implementação de intervenções dirigidas à promoção do sono, as quais têm repercussões surpreendentes nas diferentes vertentes do conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) do doente crítico.

Da profunda pesquisa bibliográfica baseada na mais recente evidência científica acerca desta temática resultou o artigo científico intitulado: “A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Sono da Pessoa Internada em UCI: uma Scoping Review”, o qual enfatiza a necessidade de implementação de protocolos orientados para a promoção do sono e subsequente avaliação dos resultados, em particular na quantidade e qualidade do sono, delírio, tempo de internamento e mortalidade. Neste sentido, como principal contributo da Intervenção Profissional *Major* destacamos a elaboração de um Protocolo *Quiet Time* e a divulgação do instrumento RCSQ, partilhados e discutidos com a equipa de enfermagem por meio de uma sessão de formação. No que respeita à implementação da proposta desenvolvida, por limitações de ordem temporal, a mesma não foi passível de concretização durante o Estágio Final, no entanto, ressalva-se a disponibilidade, interesse e motivação demonstrada pelos enfermeiros desta UCI no que respeita à prossecução deste projeto, o qual consideramos um importante impulsionador do desenvolvimento e implementação de estratégias de melhoria continua nesta área de cuidados.

Desde modo, entendemos que o presente relatório contribuiu para a apresentação estruturada do quadro conceptual que norteou todo o trabalho, assim como para a divulgação da Intervenção Profissional *Major* desenvolvida no decorrer do Estágio Final.

Este relatório contempla igualmente uma descrição, detalhada e fundamentada em sólidos padrões de conhecimentos, das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final, assim como uma análise reflexiva acerca do processo de desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas do EEMC na área da PSC e de Mestre em Enfermagem. Por fim, consideramos que o percurso académico realizado contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos e competências para a intervenção especializada no domínio de EMC-PSC, a qual consideramos

demonstrada através de elevados níveis de julgamento clínico, de uma prática clínica baseada em evidência e da tomada de decisão sustentada nos referenciais éticos e deontológicos da profissão. Pelo exposto ao longo deste documento, consideramos atingidos os objetivos delineados.

Como constrangimentos denotados ao longo do percurso desenvolvido, realçamos a célere necessidade de integração em pleno período pandémico num serviço em fase de profunda reestruturação física, a qual exigiu uma marcada capacidade de adaptação e resiliência por parte de toda a equipa multidisciplinar face às constantes alterações na dinâmica e metodologia que esta acarretou. Noutra perspetiva, consideramos este fator uma experiência enriquecedora e gratificante, na medida em que nos proporcionou a oportunidade de nos envolvermos proactivamente no processo de reabertura do serviço.

Relativamente a desafios futuros e, conscientes do relevo da temática alvo de estudo, impera a vontade de desenvolvimento e implementação de um projeto de melhoria da qualidade com enfoque na promoção do sono em contexto profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde.* (setembro de 2013). Obtido de Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde.* (18 de agosto de 2020). Obtido de Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf
- Araújo, J., Gonçalves, K., Filho, R., Silva, H., Menezes, R., & Matos, T. (2019). O conhecimento da aplicação dos métodos de triagem em incidentes com múltiplas vítimas no atendimento pré-hospitalar. *Revista Nursing*, 2887-2890.
- Aspelin, P., Barsoum, R., Burdmann, E., Kellum, J., Goldstein, S., Herzog, C., . . . Levey, A. (março de 2012). KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Official Journal of the International Society of Nephrology* 2(1), pp. 1-141.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Nursing Interventions classification (NIC): Seventh Edition*. United States of America: Elsevier.
- Campos, A. (2015). Atendimento e emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 84-96.
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (outubro de 2020). Enfermeria Global. *Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review*, pp. 541-556.
- Carvalho, B. M., Godoi, C. G., Vieira, R., Guimarães, L., Tacla, M., Ferrari, R., & Gabani, F. (2019, abril). Electronic Journal Collection Health. *Avaliação da implantação de escala de dor em uma unidade de terapia intensiva pediátrica*, pp. 1-7.
- Comissões de Ética para a Saúde da região norte.* (21 de setembro de 2011). Obtido de Administração Regional de Saúde do Norte: <http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Futilidade.pdf>
- Diário da República Eletrónico.* (3 de julho de 2006). Obtido de Diário da República, 1.ª série N.º 126: <https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Diário da República Eletrónico.* (31 de maio de 2013). Obtido de Diário da República, 1.ª série — N.º 105: <https://files.dre.pt/1s/2013/05/10500/0319003199.pdf>
- Diário da República Eletrónico.* (16 de agosto de 2018). Obtido de Diário da República, 1.ª série — N.º 157: <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

- Di'az-Alonso, J., Smith-Plaza, A. M., Sua' rez-Mier, B., & Lana, A. (2018). Impact of a Nurse Intervention to Improve Sleep Quality in Intensive Care Units. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 310-317.
- Direção-Geral da Saúde*. (2003). Obtido de Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde*. (14 de junho de 2003). Obtido de A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção-Geral da Saúde*. (março de 2007). Obtido de Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde*. (06 de outubro de 2010). Obtido de Orientação 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde*. (14 de dezembro de 2010) - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Obtido de: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Direção-Geral da Saúde*. (30 de dezembro de 2014). Obtido de Norma 020/2014: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>
- Direção-Geral da Saúde*. (27 de abril de 2015). Obtido de Norma 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde*. (27 de maio de 2015). Obtido de Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- Direção-Geral da Saúde*. (06 de agosto de 2015). Obtido de Norma 014/2015: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde*. (15 de dezembro de 2015). Obtido de Norma 020/2015: Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde*. (16 de dezembro de 2015). Obtido de Norma 022/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-com-cateter-venoso-central.pdf>
- Direção-Geral da Saúde*. (8 de fevereiro de 2017). Obtido de Norma 001/2017: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde.* (30 de maio de 2017). Obtido de Norma 021/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção-Geral da Saúde.* (30 de maio de 2017). Obtido de Norma 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde.* (dezembro de 2017). Obtido de Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde.* (novembro de 2018). Obtido de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx>
- Edvardsen, J. B., & Hetmann, F. (2020). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. *SAGE Open Nursin*, 1-8.
- European Centre of Disease Prevention and Control.* (2012). Obtido de Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-0>
- European Centre of Disease Prevention and Control.* (2019). Obtido de Healthcare-associated infections acquired in intensive care units Annual Epidemiological Report for 2017: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdf
- Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2009). *Harrison: Medicina Interna. 17ª Edição.* São Paulo, Brasil: Mc Graw Hill.
- Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Fé, É., Carvalho, L., Sousa, C., Leal, E., Lima, E., Sá, N., . . . Negreiros, A. (2021). Assistência de enfermagem a pacientes submetidos à hemodiálise em unidades de terapia intensiva. *Enfermagem Brasil* 20(3), pp. 399-412.
- Feio, A., & Oliveira, C. (setembro de 2011). Artigo de Atualização - Responsabilidade e tecnologia: a questão da distanásia. *Revista Bioética* 19(3), pp. 615-630.
- Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2018). O Estudo de Caso como Método de Investigação em Enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 102-107.
- Galante, D., Fortarezza, D., Caggiano, M., Francisci, G., Pedrotti, D., & Caruselli, M. (2015). Correlação entre monitoração do índice bispectral (BIS) e concentração expirada de sevoflurano em paciente com holoprosencefalia lobar. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 65(5), pp. 379-383.
- Garcia, C., & Coelho, M. (2009). *Neurologia Clínica: Princípios Fundamentais.* Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Garripol, G., Dragonetti, A., & D’Orazio, A. (2017). Sleep Quality in ICUs. Prospective study. *Scenario*, 4-11.
- Goniewicz, K., Goniewicz, M., Wloszczak-Szubska, A., Burkle, F., Hertelendy, A., Al-Wathinani, A., . . . Khorram-Manesh, A. (2021). The importance of pre-training gap analyses and the identification of competencies and skill requirements of medical personnel for mass casualty incidents and disaster training. *BMC Public Health*, 1-11.
- Grover, E., Porter, J. E., & Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses’ perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 1-6.
- Hofhuis, J. G., Rose, L., Blackwood, B., Akerman, E., McGaughey, J., Egerod, I., . . . Spronk, P. E. (2018). Clinical practices to promote sleep in the ICU: A multinational survey. *International Journal of Nursing Studies*, 107-114.
- Huan, C.-Y., Grandas, F., Flechet, M., & Meyfroidt, G. (2020). Clinical prediction models for acute kidney injury in the intensive care unit: a systematic review. *Revista Brasileira Terapia Intensiva* 32(1), pp. 123-132.
- Infopédia. (2021). Obtido de Porto Editora: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/circadiano>
- Infopédia. (2021). Obtido de Porto Editora: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/protocolo>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Obtido de Situação de Exceção (Manual TAS): <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Obtido de INEM: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Knauert, M. P., Pisani, M., Redeker, N., Murphy, T., Araujo, K., Jeon, S., & Yaggi, H. (2019). Pilot study: an intensive care unit sleep promotion protocol. *BMJ Open Respiratory Research*, 1-6.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort. *Nursing Outlook*, 86-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory*. Obtido de Comfort Line: https://www.thecomfortline.com/_files/ugd/618179_1b59dd04365a43c78bc9f32ec98757bb.pdf
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Lessa, R. T., Fonseca, L. A., Silva, V. L., Mesquita, F. B., Costa, A. J., Souza, D. J., . . . Mendes, N. B. (2020, agosto). Electronic Journal Collection Health. *A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura*, pp. 1-10.
- Loke, A., Guo, C., & Molassiotis, A. (2021). Development of disaster nursing education and training programs in the past 20 years (2000-2019): A systematic review. *Journal Nurse Education Today*, 1-19.
- Mahran, G. S., Leach, M. J., Abbas, M. S., Abbas, A. M., & Ghoneim, A. M. (2020). Effect of Eye Masks on Pain and Sleep Quality in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Critical Care Nurse*, 27-36.

- Marques, M. (2016). A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=JoQOeGYv>
- Melo, R. P., da Costa, A. L., Nascimento, R. K., de Jesus, R. L., Fortes, J. V., Medeiros, D. D., & Silva, P. L. (2019, fevereiro). Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. *Qualidade do Sono de Pacientes no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca*, pp. 7-1
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7).
- Neves, G., Macedo, P., & Gomes, M. d. (2017). Transtornos do Sono: Atualização (1/2). *Revista Brasileira de Neurologia*, 19-30.
- Nunes, L. (2020). *E se eu não puder decidir? - Saber escolher no final da vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nunes, L., Ruivo, A., & Ferrito, C. (2010). *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Oliveira, R., Leitão, I., Silva, L., Figueiredo, S., Sampaio, R., & Gondim, M. (2014, Jan-Mar). Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, pp. 122-129.
- Ordem dos Enfermeiros*. (4 de setembro de 1996). Obtido de Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros*. (2 de dezembro de 2014). Obtido de Diário da República, 2.ª série, N.º 233: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf
- Ordem dos Enfermeiros*. (16 de setembro de 2015). Obtido de Código Deontológico: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros*. (25 de novembro de 2017). Obtido de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros*. (16 de julho de 2018). Obtido de Diário da República, 2.ª série - N.º 135: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros*. (6 de fevereiro de 2019). Obtido de Diário da República, 2.ª série - N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Farmacêuticos*. (julho-setembro de 2013). Obtido de Boletim do Centro de Informação do Medicamento: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.108_medicamentos_potencialmente_perigosos_em_meio_hospitalar_terapeutica_da_dor_neuropatica_16409676765a12eafe63900.pdf

- Paiva, T., & Bentes, C. (2016). Patologia do sono - uma perspetiva clínica. Em J. Ferro, & J. Pimentel, *Neurologia fundamental. Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp. 71-99). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026*. (24 de setembro de 2021). Obtido de Diário da República, 2.ª série - N.º 187: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Porter, J. E., Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2018). Rating teams' non-technical skills in the emergency department: A qualitative study of nurses' experience. *International Emergency Nursing*, 1-6.
- Pouraghaei, M., Tabrizi, J., Moharamzadeh, P., Ghafari, R., Rahmani, F., & Mirfakhraei, B. (2017). The Effect of Start Triage Education on Knowledge and Practice of Emergency Medical Technicians in Disasters. *Journal of Caring Sciences*, 119-125.
- Qinglan, D., Redeker, N. S., Pisani, M. A., Yaggi, H. K., & Knauert, M. P. (2017). Factors Influencing Patients' Sleep In The Intensive Care Unit: Perceptions Of Patients and Clinical Staff. *American Journal of Critical Care*, 278-287.
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (RNEHR)*. (10 de agosto de 2017). Obtido de Medicina Intensiva: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Reis, A. (2017). *Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação na Pessoa em Situação Crítica - intervenção especializada de enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Santos, C., Nascimento, E., Hermida, P., Silva, T., Galetto, S., Silva, N., & Salum, N. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Escola Anna Nery* 24(2), pp. 1-7.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Silveira, D., Bock, L., & Silva, E. (abril de 2012). Quality of Sleep in Intensive Care Units: A Literature Review. *Journal of Nursing*, pp. 883-890.
- Siwicki, K. K., Hardin, P. E., & Price, J. L. (2018). Neurobiology of Sleep and Circadian Rhythms. *Elsevier*, 58-67.
- Sorensen, & Luckmann's. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Stadler, G., Lunardi, V., Leal, S., Mancia, J., Alves, P., & Viegas, K. (2019). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Implementação de Protocolo de Banho no Leito para Pacientes Adultos Críticos. *Enferm. Foco*, pp. 109-114.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5.ª Edição. Loures: Lusociência.
- Universidade de Évora (UE) (2015). NCE/14/01772 – Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. Obtido de: https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Artigo Científico: “A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Sono na Pessoa Internada em UCI: uma *Scoping Review*”

Autores

Inês Silvestre¹, Alice Ruivo²

¹Enfermeira na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos do Centro Hospitalar de Setúbal, Portugal (inesssilvestre@hotmail.com)

²Professora Doutora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Membro do CIAS. Portugal (alice.ruivo@ess.ips.pt)

Resumo

Introdução: O sono é uma necessidade humana básica e um componente fundamental para a manutenção da homeostasia de diversos sistemas orgânicos. Perturbações do sono e do ritmo circadiano são uma problemática reconhecida em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sendo o sono neste contexto caracterizado como superficial, fragmentado e de má qualidade, conduzindo a disfunções físicas, cognitivas e sociais, com consequente impacto no aumento da morbidade e mortalidade. Os enfermeiros encontram-se perante um importante desafio nesta área, tornando-se premente o estudo das intervenções que contribuem para a promoção do sono em UCI.

Objetivo: Esta *scoping review* suportada pela metodologia do *Joanna Briggs Institute (JBI)* tem como objetivo mapear e analisar a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem na promoção do sono da pessoa em situação crítica internada em UCI.

Crítérios de Inclusão: De acordo com a estratégia *Participants, Concept e Context (PCC)* proposta pelo JBI, foram incluídos nesta revisão: P) Adultos em situação crítica; C) Intervenções de enfermagem que contribuem para a promoção do sono; C) Unidade de Cuidados Intensivos.

Métodos: A pesquisa foi realizada durante o mês de outubro de 2021 e incluiu todo o tipo de publicações sobre o tema, disponíveis nas bases de dados EBSCO e B-On, em todas as línguas, com acesso ao texto integral, publicadas entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de outubro de 2021.

Resultados: Foram incluídos 5 artigos nesta revisão, os quais destacam que a implementação de protocolos dirigidos à promoção do sono no adulto em situação crítica internado em UCI reduz significativamente os fatores percecionados como perturbadores do sono, refletindo-se numa

melhoria da quantidade e qualidade do sono. Nesta área de cuidados, a evidência enfatiza um conjunto de intervenções, de simples implementação e com reduzido custo associado, que podem ser agrupadas em intervenções autónomas e em interdependentes. As intervenções autónomas parecem ser as que conduzem a melhores resultados na qualidade do sono e compreendem a redução do ruído, promoção do ritmo circadiano, uso de tampões e máscaras oculares, gestão da dor, música e agrupamento dos cuidados de enfermagem no período noturno. As intervenções interdependentes enunciadas incluem as estratégias farmacológicas e a otimização dos modos ventilatórios. A proatividade dos enfermeiros na tomada de decisão face à promoção e implementação destas intervenções tem repercussões surpreendentes no conforto do doente crítico.

Conclusão: No âmbito da melhoria contínua de qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica internada em UCI impõe-se a necessidade de implementação de protocolos orientados para a promoção do sono e subsequente avaliação dos resultados, em particular na quantidade e qualidade do sono, delírio, tempo de internamento em UCI e hospitalar, bem como na mortalidade.

Palavras-Chave: Conjunto de Intervenções; Enfermagem de Cuidados Críticos; Ritmo Circadiano; Sono; Unidades de Terapia Intensiva.

Abstract

Introduction: Sleep is a basic human need and a fundamental component for the maintenance of homeostasis of different organ systems. Sleep and circadian rhythm disturbances are a recognized problem in the Intensive Care Unit (ICU), and sleep in this context is characterized as superficial, fragmented and of poor quality, leading to physical, cognitive and social dysfunctions, with a consequent impact on the increase of sleep morbidity and mortality. Nurses are facing an important challenge in this area, making it urgent to study interventions that contribute to the promotion of sleep in ICUs.

Objective: This scoping review supported by the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology aims to map and analyze the available evidence on nursing interventions to promote sleep in critically ill patients admitted to the ICU.

Inclusion Criteria: According to the Participants, Concept and Context (PCC) strategy proposed by the JBI, the following were included in this review: P) Adults in a critical situation; C) Nursing interventions that contribute to sleep promotion; C) Intensive Care Unit.

Methods: The research was carried out during the month of October 2021 and included all types of publications on the topic, available in the EBSCO and B-On databases, in all languages, with access to the full text, published between the 1st of January 2017 and October 31, 2021.

Results: Five articles were included in this review, which highlight that the implementation of protocols aimed at promoting sleep in critically ill adults hospitalized in the ICU significantly reduces the factors perceived as disturbing sleep, resulting in an improvement in the quantity and quality of sleep. In this area of care, the evidence emphasizes a set of interventions, simple to implement and with low associated cost, which can be grouped into autonomous and interdependent interventions. Autonomous interventions seem to lead to better results in sleep quality and include noise reduction, promotion of circadian rhythm, use of earplugs and eye masks, pain management, music and grouping of nursing care at night. The interdependent interventions listed include pharmacological strategies and the optimization of ventilation modes. Nurses' proactivity in decision-making regarding the promotion and implementation of these interventions has surprising repercussions on the comfort of critically ill patients.

Conclusion: As part of the continuous improvement of the quality of care provided to the person in critical condition hospitalized in the ICU, there is a need to implement protocols aimed at promoting sleep and subsequent evaluation of the results, in particular in the quantity and quality of sleep, delirium, length of stay in ICU and hospital, as well as mortality.

Key words: Patient Care Bundles; Critical Care Nursing; Circadian Rhythm; Sleep; Intensive Care Units.

APÊNDICE 2 - Cronograma da Intervenção Profissional *Major*

Cronograma da Intervenção Profissional *Major*

Atividades	Ano/Mês/Quinzena												
	2021								2022				
	Set.	Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março	
	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
Estágio Final													
Realização e entrega do Projeto de Estágio													
Identificação de uma área de intervenção													
Construção de uma pergunta de partida segundo a mnemónica PCC													
Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e de teses em repositórios													
Recolha de bibliografia de outras unidades similares													
Seleção dos documentos													
Elaboração das sínteses													
Redação da scoping review													
Elaboração de uma proposta de Protocolo <i>Quiet Time</i>													
Apresentação da proposta de Protocolo <i>Quiet Time</i> à Prof. ^a Orientadora, Enf. ^a Chefe e Enf. ^a Orientadora para obter sugestões													
Reformulação do Protocolo <i>Quiet Time</i> (se necessário)													
Elaboração do Protocolo <i>Quiet Time</i> final													
Validação e calendarização da sessão de formação em serviço junto da Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora													
Realização do plano de sessão de formação em serviço													
Apresentação dos diapositivos à Professora Orientadora, Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora e recolha de sugestões													
Reformulação dos diapositivos a apresentar (se necessário)													
Elaboração de um questionário de avaliação da sessão de formação e do formador													
Divulgação do trabalho desenvolvido à equipa de enfermagem através de sessão de formação													
Apliação de questionário de avaliação de sessão de formação													
Avaliação dos objetivos definidos													
Redação e divulgação do Relatório de Estágio													

APÊNDICE 3 - Protocolo *Quiet Time*

PROCEDIMENTO SETORIAL

PROTOCOLO *QUIET TIME*

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO	A	
------------------------	---	--

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

1. OBJETIVO

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área do sono da pessoa em situação crítica internada em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).
- Uniformizar os cuidados de enfermagem na promoção do sono da pessoa em situação crítica internada em UCI.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em ___/___/_____

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

4.2 Pela revisão do procedimento:

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
Enf. ^a Enf. ^a Estudante de Mestrado Inês Silvestre	Gabinete de Gestão da Qualidade	

5. DEFINIÇÕES

Protocolo

Protocolo é um termo com origem no latim *protocollu*, que por sua vez deriva do conceito grego *protókollon* “folha colocada na frente”, e designa um acordo, regulamento, rotina ou um conjunto de regras ou critérios estabelecidos entre entidades ou serviços (Infopédia, 2021).

A construção e utilização de protocolos nos serviços de saúde constituem estratégias simples e efetivas fundamentais para prevenir e reduzir os riscos e danos a estes associados, garantindo uma assistência de excelência, redução de custos e a satisfação do doente (Oliveira, et al., 2014).

Os protocolos alicerçam-se em evidência científica e devem revelar condutas claras, precisas e detalhadas, orientadoras das ações operacionais a desenvolver pelos profissionais, promovendo a segurança do profissional/doente e a elaboração de indicadores de resultados, contribuindo para a melhoria dos cuidados e do uso racional de recursos (Stadler, et al., 2019).

Sono

O sono é uma necessidade humana básica e um componente essencial para garantir o bem-estar da pessoa em todas as fases da vida (Garripol, Dragonetti, & D’Orazio, 2017), correspondendo a um foco sensível aos cuidados de enfermagem definido como um processo corporal caracterizado pela diminuição recorrente da atividade corporal e do metabolismo evidenciada pela diminuição de consciência (CIPE® Versão 2015, 2016). Constitui um processo fisiológico essencial para a manutenção de diversos mecanismos inerentes à homeostasia humana, pelo que a sua privação acarreta alterações importantes no funcionamento físico, cognitivo e social, com consequente comprometimento na qualidade de vida (Lessa, et al., 2020).

Estruturalmente é constituído por duas fases principais: uma sem movimentos oculares rápidos (NREM - *non rapid eye movement*) e uma com movimentos oculares rápidos (REM - *rapid eye movement*). A duração de cada uma das fases é cíclica e varia de acordo com a evolução das horas, sendo que normalmente o sono NREM é o primeiro padrão no ciclo do sono, seguindo-se a REM (Lessa, et al., 2020). O sono NREM subdivide-se em três estágios de profundidade: estágio I é a transição entre o estado de vigília e o sono e tem a duração aproximada de 5 a 10 minutos; estágio II constitui o início do sono fisiológico e tem a duração de 10 a 20 minutos; estágio III é a fase mais profunda deste padrão, podendo variar entre 20 e 40 minutos. O sono REM corresponde à fase mais profunda de todo o ciclo de sono, pode durar entre 5 e 15 minutos, podendo ocorrer entre 4 e 5 vezes durante uma noite (Melo, et al., 2019). Cada uma destas fases desempenha funções distintas no organismo. O sono NREM promove a restauração do Sistema Nervoso Central

(SNC) e do sistema imunitário, pelo que uma privação desta fase pode originar imunossupressão a curto ou longo prazo. O sono REM promove a adaptação a eventos emocionais através dos sonhos, consolida a memória e estimula a criatividade, podendo a sua privação implicar alterações significativas na memória a curto e longo prazo (Lessa, et al., 2020).

Entre os mecanismos fisiológicos responsáveis pela regulação do sono destacam-se a produção hormonal de melatonina e de adenosina. A melatonina é uma hormona secretada pela glândula pineal e a sua produção difere de acordo com a exposição e a variação da luz no ambiente, encontrando-se os seus níveis no SNC mais reduzidos durante o dia e mais elevados no período noturno. Em contrapartida, a adenosina é um neuro regulador que reduz a necessidade de energia pelas células nervosas, encontrando-se no SNC em concentrações muito reduzidas durante os períodos de sono e mais elevada nos períodos de vigília (Lessa, et al., 2020).

Ritmo Circadiano

Do latim *circa diem* que significa “cerca de um dia” (Infopédia, 2021), o termo ritmo circadiano designa a variação nas funções biológicas de diversos seres vivos que se repetem regularmente ao longo de um dia, sendo decorrente de um mecanismo evolutivo universal de adaptação ao meio ambiente (Edvardsen & Hetmann, 2020). Este ciclo é controlado no hipotálamo anterior e funciona como um relógio biológico endógeno de 24 horas que regula diversos processos fisiológicos, incluindo o sono, organizando-os cronologicamente durante o dia (Walker M., 2018) referenciado em (Lessa, et al., 2020).

O Sono em Unidade de Cuidados Intensivos

Perturbações do sono e do ritmo circadiano são uma problemática conhecida na UCI, sendo relatadas como uma das piores experiências vivenciadas por pessoas internadas neste contexto (Díaz-Alonso, Smith-Plaza, Suárez-Mier, & Lana, 2018).

Estudos demonstram que o sono em UCI é caracterizado como superficial, fragmentado e de má qualidade (Qinglan, Redeker, Pisani, Yaggi, & Knauert, 2017), encontrando-se associado a disfunções do sistema imunológico, do sistema respiratório, da termorregulação, delírio, alterações no equilíbrio ácido-base, comprometimento da cicatrização de feridas, alterações cardiorrespiratórias, alterações neurológicas e emocionais como a irritabilidade e agressividade (Garripol, Dragonetti, & D’Orazio, 2017) (Qinglan, Redeker, Pisani, Yaggi, & Knauert, 2017), traduzindo-se num aumento do tempo de internamento, da mortalidade e da deterioração a longo prazo da função cognitiva (Knauert, et al., 2019).

De entre os diversos fatores identificados na origem de distúrbios do sono em pessoas internadas em UCI, destaca-se o ruído, que, por vezes, atinge duas vezes o limite superior estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (35-40dB), responsável por causar cerca de 60% dos despertares dos doentes. Outros determinantes incluem intervenções terapêuticas, iluminação, ventilação mecânica, gravidade da doença, uso de sedo-analgesia, ansiedade e stress desencadeados pelo sentimento de incerteza, perda de controlo e falta de compreensão da situação (Díaz-Alonso, Smith-Plaza, Suárez-Mier, & Lana, 2018).

Emerge a necessidade da compreensão do sono e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem eficazes que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da promoção do sono da pessoa em situação crítica internada em UCI. Contudo, poucos são os estudos que descrevem a prática sobre a promoção e avaliação do sono no doente internado em UCI. Tal pode dever-se à complexidade em diferenciar sono de sedação, sendo o sono frequentemente percecionado como estar deitado imóvel com os olhos fechado (Hofhuis, et al., 2018), pelo que é crucial desmistificar esta associação. Por outro lado, estudos revelam inconsistência na avaliação e nos registos de enfermagem no que respeita ao sono dos doentes, prevalecendo uma tendência para superestimar a quantidade e qualidade do sono (Hofhuis, et al., 2018) (Edvardsen & Hetmann, 2020).

A melhoria contínua de qualidade no que respeita ao sono da pessoa internada em UCI deve visar o desenvolvimento e adoção de protocolos, a avaliação fidedigna do sono com recurso a instrumentos validados, bem como a sua respetiva documentação.

Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)

O Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) é um instrumento da autoria de Kathy Richards (2000), utilizado para medir a quantidade e qualidade do sono em doentes internados em UCI, tendo sido traduzido e validado para a população portuguesa por Marisa Marques (2016). Consiste numa escala visual analógica em que o score mais elevado (100mm) corresponde a um sono de maior qualidade, e o mais reduzido (0mm) à pior noite de sono, podendo ser preenchida pelo próprio doente e/ou enfermeiro (Marques, M., 2016).

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

NREM - *Non Rapid Eye Movement*

RCSQ - *Richards-Campbell Sleep Questionnaire*

REM - *Rapid Eye Movement*

TOT - *Tubo Oro-Traqueal*

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

7. REFERÊNCIAS

- Edvardsen, J. B., & Hetmann, F. (2020). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. *SAGE Open Nursin*, 1-8.
- Garripol, G., Dragonetti, A., & D'Orazio, A. (2017). Sleep Quality in ICUs. Prospective study. *Scenario*, 4-11.
- Hofhuis, J. G., Rose, L., Blackwood, B., Akerman, E., McGaughey, J., Egerod, I., . . . Spronk, P. E. (2018). Clinical practices to promote sleep in the ICU: A multinational survey. *International Journal of Nursing Studies*, 107-114.
- ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015*. Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros.
- Infopédia. (2021). Obtido de Porto Editora: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/protocolo>
- Infopédia. (2021). Obtido de Porto Editora: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/circadiano>
- Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence FAME. JBI approach [Internet]. 2014;(October):2–6. Disponível em: <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Knauert, M. P., Pisani, M., Redeker, N., Murphy, T., Araujo, K., Jeon, S., & Yaggi, H. (2019). Pilot study: an intensive care unit sleep promotion protocol. *BMJ Open Respiratory Research*, 1-6.
- Lessa, R. T., Fonseca, L. A., Silva, V. L., Mesquita, F. B., Costa, A. J., Souza, D. J., . . . Mendes, N. B. (2020, agosto). Electronic Journal Collection Health. *A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura*, pp. 1-10.
- Mahran, G. S., Leach, M. J., Abbas, M. S., Abbas, A. M., & Ghoneim, A. M. (2020). Effect of Eye Masks on Pain and Sleep Quality in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Critical Care Nurse*, 27-36.
- Marques, M. (2016). A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=JoQOeGYv>

- Melo, R. P., da Costa, A. L., Nascimento, R. K., de Jesus, R. L., Fortes, J. V., Medeiros, D. D., & Silva, P. L. (2019, fevereiro). Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. *Qualidade do Sono de Pacientes no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca*, pp. 7-1
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7).
- Oliveira, R., Leitão, I., Silva, L., Figueiredo, S., Sampaio, R., & Gondim, M. (2014, Jan-Mar). Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, pp. 122-129.
- Stadler, G., Lunardi, V., Leal, S., Mancia, J., Alves, P., & Viegas, K. (2019). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Implementação de Protocolo de Banho no Leito para Pacientes Adultos Críticos. *Enferm. Foco*, pp. 109-114.

8. DESCRIÇÃO

PROTOCOLO *QUIET TIME*

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS		INTERVENÇÕES INTERDEPENDENTES
Conforto Físico e Psicológico do Doente	Conforto Ambiental	
21h00 – 23h00		
<ul style="list-style-type: none"> - Planear o sono^{1 2}. - Prestar cuidados de higiene e conforto (higiene oral, aspiração de secreções, cuidados com traqueostomia ou TOT, massagem e posicionamento)². - Verificar o fluxo de ar dos colchões de pressão alternada². - Executar tratamento a locais de inserção de cateteres, se necessário². - Substituir dispositivos como a algália, sonda gástrica, pressão venosa central, kit de hemodinâmica e tratamento de feridas até às 23h². - Controlar e corrigir o oxímetro e os elétros^{3 4}. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a arrumação de armários, reposição de stocks e limpeza da unidade do doente e zona de trabalho¹. - Ajustar a temperatura do quarto³. 	<ul style="list-style-type: none"> - Articular com a equipa médica, de modo que observem o doente antes das 23h^{1 2}. - Agilizar a transferência e/ou admissão de doentes até às 23h (exceto emergências)². - Alocar o doente a um quarto individual (sempre que possível)^{3 4}. - Realizar colheitas de sangue venoso e arterial². - Otimizar e adequar o horário de administração de terapêutica^{1 2}. - Terminar a medicação por indução, sempre que possível^{1 2}. - Gerir terapêutica indutora do sono.

23h00 – 06h00		
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e registar a dor¹. - Colocar tampões auriculares ou máscaras oculares, se o doente demonstrar interesse na sua utilização^{3 4 5}. - Colocar música calma ou clássica³. - Evitar ruídos desnecessários em redor do doente^{3 4}. - Evitar interrupções múltiplas e frequentes^{1 2 3 4}. - Possibilitar a ocorrência de um ciclo de sono completo (90-120 minutos) sem interrupção^{2 3}. - Avaliar e ponderar sistematicamente as vantagens/desvantagens de alternância de posicionamento². - Minimizar distúrbios provocados pela alternância de posicionamento através da técnica de “remoção de almofada”². 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover interações silenciosas na equipa^{3 4}. - Substituir perfusões antes de alarmarem. - Adequar as configurações de alarme do monitor e ventilador ao quadro clínico do doente^{3 4}. - Ajustar o volume dos alarmes de ventiladores e seringas infusoras^{3 4}. - Reduzir a intensidade da luz dos dispositivos de electromedicina e colocar monitor em modo privacidade^{3 4}. - Desligar as luzes da unidade do doente^{3 4}. - Manter a porta do quarto fechada^{3 4}. - Configurar o volume do toque do telefone da zona de trabalho para o mínimo¹. - Reduzir a luminosidade da central de monitorizações e de toda a zona de trabalho⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir terapêutica analgésica, em articulação com a equipa médica³. - Garantir a sincronia com a ventilação mecânica e avaliar a necessidade de ajuste de modo ventilatório^{3 4}.

¹ Garripol, Dragonetti, & D’Orazio (2017). Nível evidência: 2. c.

² Knauert, et al. (2019). Nível de evidência: 1. a.

³ Edvardsen & Hetmann (2020). Nível de evidência: 4. a.

⁴ Hofhuis, et al. (2018). Nível de evidência: 3. e.

⁵ Mahran, Leach, Abbas, Abbas, & Ghoneim (2020). Nível de evidência: 1. a.

06h00 – 08h00	
- Registrar no foco: sono alterado as atitudes terapêuticas realizadas.	- Realizar colheitas de sangue venoso e arterial ² .
- Avaliação o sono com recurso ao <i>Richards-Campbell Sleep Questionnaire</i> .	- Colaborar na realização de Rx, se necessário ² .

9. INDICADORES

Avaliação do sono da pessoa em situação crítica com recurso ao *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* (RCSQ).

10. ANEXOS

Richards-Campbell Sleep Questionnaire versão portuguesa aplicável ao doente e ao enfermeiro.

APÊNDICE 4 - Plano de Sessão de Formação



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: A intervenção do enfermeiro na promoção do sono da pessoa internada em UCI

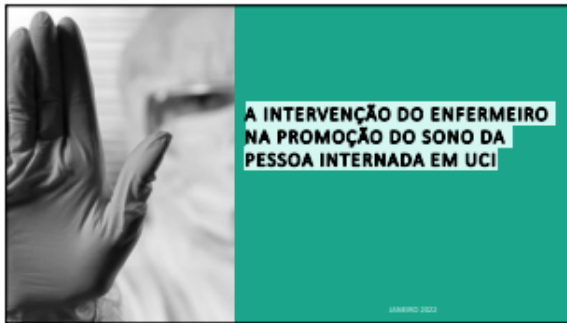
Destinatários: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos

Formador: Inês Silvestre

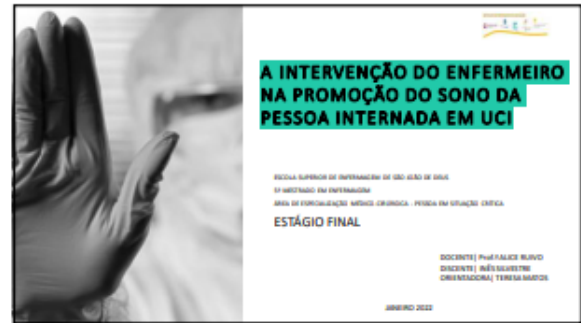
Data: 21/01/2022 **Tempo Previsto:** 1 Hora

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Conteúdos	Estratégia/ Metodologia	Recursos Materiais	Avaliação	Tempo
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área do sono da pessoa em situação crítica internada em UCI.	- Uniformizar os cuidados de enfermagem na promoção do sono da pessoa em situação crítica internada em UCI. - Apresentar <i>Scoping Review</i> sobre o tema. - Divulgar proposta de Protocolo <i>Quiet Time</i> e escala de avaliação do sono <i>Richards Campbell Sleep Questionnaire</i> (RCSQ).	Introdução - Apresentação do formador. - Apresentação dos objetivos e do sumário da sessão de informação.	Expositivo	- Computador - <i>Data show</i> - Folhas de papel	Formativa através de questões verdadeiro/falso.	Introdução: 1 minuto
		Desenvolvimento - Definições: sono, ritmo circadiano e sono em UCI. - Fatores que influenciam o sono em UCI. - Apresentação de <i>Scoping Review</i> sobre o tema: Questão de revisão; Objetivo; Metodologia; Resultados (Intervenções promotoras do sono em UCI - Intervenções autónomas e interdependentes). - A importância de Protocolo <i>Quiet Time</i> . - Avaliação do sono em UCI: RCSQ. - Proposta de Protocolo <i>Quiet Time</i> .	Expositivo			Desenvolvimento: 58 minutos
		Conclusão Resumo dos aspetos mais importantes sobre o tema, esclarecimento de dúvidas e recolha de opiniões/sugestões. Avaliação.	Expositivo e interrogativo			Conclusão: 1 minuto

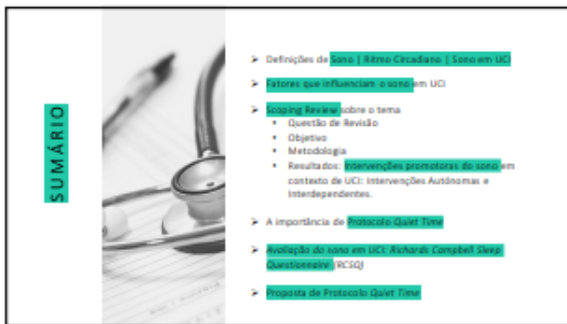
APÊNDICE 5 - Sessão de Formação: "A Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Sono na Pessoa Internada em UCI"



1



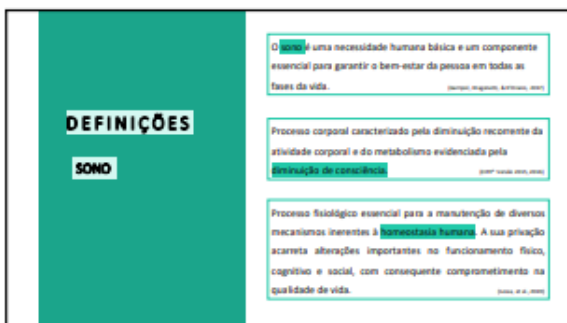
2



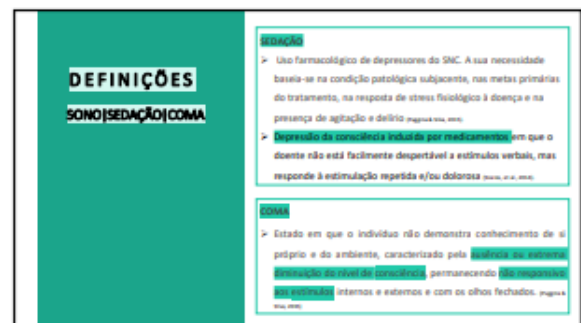
3



4




5



6

FATORES QUE INFLUENCIAM O SONO EM UCI



- > **Sono:** por vezes atinge duas vezes o limite superior estabelecido pela OMS (35-40dB). Responsável por causar cerca de 60% dos despertares dos doentes.
- > **Intervenção:**
 - > Intervenções terapêuticas.
 - > Ventilação mecânica.
 - > Gravidade da doença.
 - > Uso de sedo-analgésia.
- > Ansiedade e stress desencadeados pelo sentimento de incerteza, perda de controlo e falta de compreensão da situação.

© 2019 Wolters Kluwer Health | Elsevier | All rights reserved.

13

Emerge a necessidade da compreensão do sono e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem eficazes que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da promoção do sono da pessoa em situação crítica internada em UCI!

14

PORÉM...



Poucos estudos sobre a promoção e avaliação do sono no doente internado em UCI!

Estudos revelam inconsistência nos registos de enfermagem, prevalecendo uma tendência para superestimar a quantidade e qualidade do sono.

Necessidade de utilizar escalas de avaliação do sono!

Complexidade em diferenciar sono de sedação. O sono é frequentemente percecionado como estar deitado imóvel com os olhos fechados.

Necessidade de investigar esta associação!

© 2019 Wolters Kluwer Health | Elsevier | All rights reserved.

15

SCOPING REVIEW

OBJETIVO
Mapear e analisar a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem na promoção do sono da pessoa em situação crítica internada em UCI.

QUESTÃO DE REVISÃO (PICO)
Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a promoção do sono (C) de adultos em situação crítica (P) internados em Unidade de Cuidados Intensivos(CU)?

METODOLOGIA
Pesquisa realizada durante o mês de outubro de 2021 e incluiu todo o tipo de publicações sobre o tema disponíveis nas bases de dados EBSCO e Il-Or, em todas as línguas, com acesso ao texto integral, publicadas entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de outubro de 2021.

16

SCOPING REVIEW

METODOLOGIA
Identificaram-se 167 publicações, das quais foram selecionadas 21 para leitura integral, tendo sido consideradas 5 pertinentes para análise.



17

SCOPING REVIEW

EXTRAÇÃO DE DADOS

1

- Autores: Garripoli, Dragonetti, & D'Orazio
- Ano: 2017
- Estudo: Prospectivo semi-experimental, pré e pós observacional
- Local: Itália
- Objetivo: Descrever a qualidade do sono de pessoas hospitalizadas após a implementação de intervenções específicas para promoção do sono.

2

- Autores: Etnauert, et al.
- Ano: 2019
- Estudo: Piloto randomizado.
- Local: USA
- Objetivo: Investigar os efeitos ambientais de um protocolo de promoção do sono.

18

EXTRAÇÃO DE DADOS

SCOPING REVIEW

- Autores: Hoffhu, et al.
- Ano: 2018
- Estudo: Multicêntrico
- Local: Dinamarca, Holanda, Suécia, Noruega, Reino Unido, Canadá, Alemanha, Polónia, Chipre, Grécia, Itália
- Objetivo: Descrever a avaliação do sono e as estratégias promotoras do sono em UCI dos respetivos países.

Estudo piloto

- Autores: Edvardson & Hetmann
- Ano: 2020
- Estudo: Revisão sistemática da literatura (22 artigos publicados em inglês ou língua escandinava)
- Objetivo: Desenvolver um conjunto de intervenções de enfermagem no âmbito da promoção do sono do doente adulto em UC, com base em evidência científica.

19

EXTRAÇÃO DE DADOS

SCOPING REVIEW

Effect of Eye Masks on Pain and Sleep Quality in Patients Undergoing Craniocervical Surgery: A Randomized Controlled Trial

- Autores: Mahran, Leach, Abbas, Abbas, & Ghoneim
- Ano: 2020
- Estudo: Estudo clínico prospetivo randomizado controlado.
- Local: Egito
- Objetivo: Examinar o efeito de máscaras oculares noturnas na dor pós-operatória e na qualidade do sono de doentes submetidos a cirurgia cardíaca.

20

SCOPING REVIEW

RESULTADOS

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS

- Redução do ruído
- Promoção do ritmo circadiano
- Uso de tampões e máscaras oculares
- Gestão da dor
- Música
- Agrupamento dos cuidados de enfermagem no período noturno.

INTERVENÇÕES INTERDEPENDENTES

- Estratégias farmacológicas
- Otimização de modos ventilatórios

As intervenções autónomas parecem ter as que têm mais impacto na melhoria da duração e qualidade do sono, reduzindo o risco de privação do sono, o delírio e o stress pós-traumático associado ao contexto de UCI.

(Lopes, Bergman, & O'Grain, 2017)

21

SCOPING REVIEW

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS

➢ **Redução do ruído**

- Promover interações silenciosas na equipa.
- Evitar ruídos desnecessários em redor do doente.
- Alocar o doente a um quarto individual (se possível).
- Manter a porta do quarto fechada.
- Adequar as configurações de alarmes ao quadro clínico do doente.
- Ajustar o volume de alarmes.
- Substituir perfusões antes de alarmarem.
- Substituir eletrodos diariamente.

22

SCOPING REVIEWS

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS

➢ **Promoção do ritmo circadiano**

- Ajustar a temperatura do quarto.
- Reduzir a intensidade de luminosidade dos dispositivos de eletromedicina no período noturno.
- Desligar as luzes da unidade do doente.
- Reduzir a luminosidade da central de monitorizações.
- Garantir luz suficiente, preferencialmente natural, durante o dia.
- Manter os doentes acordados no período diurno.
- Prover um relógio visível.
- Estimular e mobilizar o doente durante o dia (de acordo com o quadro clínico).

23

SCOPING REVIEWS

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS

➢ **Uso de tampões auriculares e máscaras oculares**

- Oferecer tampões auriculares ou máscaras oculares em doentes que demonstram interesse na sua utilização e capacidade para os remover.
- Auxiliar na sua colocação correta.

➢ **Gestão da dor**

- Avaliar a dor e proceder ao seu registo sistematizado.
- Implementar medidas não farmacológicas no alívio da dor.

➢ **Música**

- Utilizar música clássica ou calma, não comercial, durante o período de silêncio.

➢ **Agrupamento dos cuidados de enfermagem no período noturno**

- Agrupar as intervenções de enfermagem, evitando interrupções múltiplas e frequentes.
- Possibilitar um ciclo de sono completo (90-120 minutos) sem interrupção.

24

SCOPING REVIEWS


INTERVENÇÕES INTERDEPENDENTES

➤ **Estratégias farmacológicas**

- Gerir terapêutica indutora do sono: benzodiazepinas é o grupo mais utilizado (59% das UCIs) - lorazepam, Melatonina (10%).
- Gerir terapêutica analgésica.
- Otimizar e adequar o horário de administração de terapêutica.

➤ **Otimização dos modos ventilatórios**

- Garantir a sincronia com a ventilação mecânica.
- Ajustar modos ventilatórios.



25


A participação ativa da equipa de enfermagem na tomada de decisão no que concerne à promoção e implementação destas intervenções tem repercussões surpreendentes no conforto do doente crítico!

26

PROTOCOLO QUIET TIME

A implementação de protocolos dirigidos à promoção do sono no adulto em situação crítica internado em UCI reduz significativamente os fatores percebidos como perturbadores do sono, mais evidente ao nível do ruído ambiental, comportamento dos profissionais e no ineficaz controlo da dor.

A aplicação de protocolos promotores do sono refletiu-se numa melhoria da quantidade e qualidade do sono.



27

PROTOCOLO QUIET TIME

A melhoria contínua de qualidade no que respeita ao sono da pessoa internada em UCI deve visar o desenvolvimento e adoção de protocolos, a avaliação fidedigna do sono com recurso a instrumentos validados, bem como a sua respetiva documentação.

Instrumentos de avaliação do SONO em UCI?



28

AVALIAÇÃO DO SONO


Richard-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)
Autoria Kathy Richards (2000)

Traduzido e validado para a população portuguesa por Maria Marques (2016)

➤ É uma escala visual analógica validada para medir a quantidade e qualidade do sono em doentes internados em UCI.

➤ Pode ser preenchido pelo próprio doente e/ou pelo enfermeiro.

➤ O score mais elevado (100mm) corresponde a um sono de maior qualidade, e o mais reduzido (0mm) à pior noite de sono.



29

PROPOSTA DE PROTOCOLO QUIET TIME

30

PROTÓCOLO QUIET TIME		
OBJETIVOS E FUNDAMENTAÇÃO	CONDIÇÕES	INDICADORES
<p>Objetivo geral: Promover o sono adequado em pessoas críticas em UCI, visando a melhoria da qualidade de vida e a redução da morbimortalidade.</p> <p>Objetivos específicos: - Reduzir o tempo de sono fragmentado. - Aumentar o tempo de sono profundo. - Reduzir o uso de medicação para o sono. - Melhorar a qualidade de vida dos pacientes.</p>	<p>Condições: - Pacientes críticos em UCI. - Pacientes com diagnóstico de alteração do sono. - Pacientes com diagnóstico de alteração da qualidade de vida.</p>	<p>Indicadores: - Tempo de sono fragmentado. - Tempo de sono profundo. - Uso de medicação para o sono. - Qualidade de vida dos pacientes.</p>
<p>Justificativa: O sono adequado é essencial para a recuperação dos pacientes críticos em UCI. A falta de sono adequado pode levar a complicações clínicas, aumento do tempo de internação e aumento da mortalidade.</p>	<p>Condições: - Pacientes críticos em UCI. - Pacientes com diagnóstico de alteração do sono. - Pacientes com diagnóstico de alteração da qualidade de vida.</p>	<p>Indicadores: - Tempo de sono fragmentado. - Tempo de sono profundo. - Uso de medicação para o sono. - Qualidade de vida dos pacientes.</p>

31

PROPOSTA DE PROTOCOLO QUIET TIME

Com o objetivo de adequar o Protocolo ao serviço e à sua dinâmica procuram-se contributos da equipa de enfermagem!

32

DÚVIDAS?

33

Referências:

1. American Academy of Sleep Medicine. *Manual de medicina do sono*. 2ª ed. São Paulo: Elsevier, 2014.

2. American Academy of Sleep Medicine. *Manual de medicina do sono*. 2ª ed. São Paulo: Elsevier, 2014.

3. American Academy of Sleep Medicine. *Manual de medicina do sono*. 2ª ed. São Paulo: Elsevier, 2014.

4. American Academy of Sleep Medicine. *Manual de medicina do sono*. 2ª ed. São Paulo: Elsevier, 2014.

5. American Academy of Sleep Medicine. *Manual de medicina do sono*. 2ª ed. São Paulo: Elsevier, 2014.

34



OBRIGADA!

Work hard in silence, let success make the noise!

35

APÊNDICE 6 - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação



FICHA DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Sessão: A intervenção do enfermeiro na promoção do sono da pessoa internada em UCI

Data: 21/01/2022 **Duração:** 1 Hora

Na sua avaliação utilize a seguinte escala:

1 Insuficiente	2 Médio	3 Bom	4 Excelente	5 Excelente
-------------------	------------	----------	----------------	----------------

1. FORMAÇÃO	1	2	3	4	5
1. A adequação da formação às suas necessidades e expectativas					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)					
3. As condições da sala					
4. A qualidade do apoio técnico e administrativo					
5. À possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho					

2. DESEMPENHO DO FORMADOR	1	2	3	4	5
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2. Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3. Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4. Documentação disponibilizada?					

3. CRÍTICAS E SUGESTÕES

Quais os aspetos positivos da sessão de formação?

Quais os aspetos a melhorar?

Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

Comentários

Data de preenchimento __/__/__

Muito obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE 7 - Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA - PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

PROJETO DE ESTÁGIO

Unidade de Cuidados Intensivos

Plano de Desenvolvimento de Competências

Docente:

Professora Alice Ruivo

Discente:

Inês Silvestre, n.º 47969

Setembro, 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
de Saúde



ES
ESCOLA
SUPERIOR
SAÚDE
IPPOR^{ta}legre



IPS
INSTITUTO
POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA - PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

PROJETO DE ESTÁGIO

Unidade de Cuidados Intensivos

Plano de Desenvolvimento de Competências

Docente:

Professora Alice Ruivo

Discente:

Inês Silvestre, n.º 47969

Setembro, 2021

LISTA DE SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE - Ordem dos Enfermeiros

PE - Projeto de Estágio

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA - Solução anti-séptica de base alcoólica

SAV - Suporte Avançado de vida

SUG - Serviço de Urgência Geral

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UIPA - Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	11
TABELA 2: OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	16

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	6
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	12
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	16
4. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS.....	18

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final, inserida no 3º semestre do 5º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) – A Pessoa em Situação Crítica (PSC), lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus entre 2020/2022.

O Estágio Final desenvolve-se numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Centro Hospitalar integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo sob orientação pedagógica da Professora Doutora Alice Ruivo e supervisão clínica de uma Enfermeira Especialista em EMC, no período entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022, compreendendo um total de 388 horas de contato.

O enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744). No seguimento, “o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns (...) e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade” (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

Por seu lado, o termo projeto deriva etimologicamente do latim “*projectu* – «lançado», participio passado de *projicere* «lançar para a frente»” (Infopédia, 2021). Pode ser definido com “um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas” (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010, p.4).

O Projeto de Estágio (PE) surge como o delineamento e a descrição das atividades a desenvolver no decorrer do Estágio Final, de forma a serem alcançadas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, bem como as de mestre definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Neste sentido, estabelece-se como objetivo geral deste trabalho elaborar um plano no qual se descreve detalhadamente as atividades a

desenvolver ao longo do Estágio Final. Como objetivos específicos definem-se refletir sobre as oportunidades de aprendizagem atendendo às especificidades do local em que decorre o Estágio Final, bem como identificar e descrever as atividades a desenvolver de modo a alcançar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área da PSC e as competências de Mestre em Enfermagem a que me proponho.

Este trabalho encontra-se dividido em 4 capítulos. Assim, após a introdução, na qual se procede à contextualização e à definição dos objetivos do PE, seguem-se o primeiro e segundo capítulos nos quais constam, sob a forma de tabelas, as atividades a desenvolver durante o estágio, com vista a adquirir e consolidar as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área da PSC. O terceiro capítulo aborda as atividades que me proponho desenvolver para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Por último encontra-se a conclusão, na qual será realizada uma breve síntese e análise reflexiva acerca da elaboração deste PE.

O presente trabalho segue as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association (APA) 6ª edição e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo serão descritas sucintamente, sob a forma de tabela, os objetivos e as atividades a desenvolver no decorrer do Estágio Final, de modo a adquirir e consolidar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

De acordo com o estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, por Competências Comuns definem-se “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). Das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são parte integrante os seguintes domínios: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

Na tabela 1 encontram-se descritos os objetivos e as atividades a desenvolver no âmbito de cada um destes domínios.

TABELA 1: OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Responsabilidade profissional, ética e legal	A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.	- Participar no processo de tomada de decisão, suportado em princípios e valores éticos e deontológicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização dos conhecimentos desenvolvidos na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. - Revisão de documentos que regem a prática da enfermagem, nomeadamente, o Código Deontológico dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). - Garantia do cumprimento dos princípios éticos e aplicação do Código Deontológico nas decisões inerentes a toda a prática clínica. - Prestação de cuidados de enfermagem baseados nos princípios legais e ético-deontológicos que orientam a profissão de enfermagem. - Participação na construção de tomada de decisão em equipa. - Fundamentação da tomada de decisão com base no conhecimento dos princípios, deveres e legislação. - Análise e discussão de situações complexas com a enfermeira orientadora, enfermeira chefe equipa multidisciplinar. - Reflexão sobre o processo de tomada de decisão.
	A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	- Salvar e respeitar os direitos humanos no exercício da prática de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantia da defesa dos Direitos Humanos de acordo com o Código Deontológico. - Garantia do respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação. - Garantia da confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral. - Garantia do respeito pelo direito da pessoa à privacidade, à escolha e à autodeterminação. - Garantia do respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas na prestação de cuidados.

Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica em UCI: O Cuidar Especializado do Enfermeiro

Melhoria contínua da qualidade	<p>B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p>	<p>- Colaborar em articulação com as iniciativas e projetos institucionais.</p>	<p>- Mobilização de conhecimentos e habilidades adquiridas na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica.</p> <p>- Consulta de programas de melhoria contínua em vigor e de projetos em desenvolvimento na UCI e instituição.</p> <p>- Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre temas que requeiram atualização e aprofundamento de conhecimentos.</p> <p>- Mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>- Participação em projetos institucionais na área da qualidade.</p>
	<p>B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p>	<p>- Desenvolver práticas de enfermagem de qualidade à pessoa e família/cuidador, colaborando em programas de melhoria contínua em desenvolvimento na UCI e instituição.</p>	<p>- Identificação, análise e estabelecimento de prioridades no que respeita às necessidades formativas da UCI, através de entrevista exploratória com a enfermeira orientadora, responsável pela formação em serviço e enfermeira chefe.</p> <p>- Validação da área de intervenção identificada com a docente orientadora.</p> <p>- Elaboração e apresentação de um trabalho numa área de intervenção, de forma a contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.</p>
	<p>B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>- Promover a segurança e o bem-estar físico e psicossocial da pessoa e família/cuidador.</p>	<p>- Análise e reflexão com a enfermeira orientadora no âmbito da qualidade dos cuidados e segurança da pessoa internada em contexto de UCI.</p> <p>- Planeamento dos cuidados de enfermagem com vista ao desenvolvimento de práticas de qualidade em conformidade com os programas de melhoria continua do serviço/instituição, assegurando a sua continuidade por meio de registos e de transmissão de informação pertinente e segura à equipa multidisciplinar.</p>

Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica em UCI: O Cuidar Especializado do Enfermeiro

			<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão dos projetos de melhoria contínua de qualidade no que respeita à gestão do risco e segurança do doente desenvolvidos na UCI e instituição. - Aquisição de conhecimento acerca o sistema desenvolvido para a comunicação de riscos e incidentes adversos. - Colaboração na identificação de riscos reais ou potenciais, para a pessoa em situação crítica/família/cuidador e/ou equipa. - Contribuição para o desenvolvimento de estratégias de garantia da segurança do doente e equipa. - Compreensão da organização, armazenamento, preparação e administração de terapêutica, de modo a prevenir e minimizar os riscos e complicações inerentes à aplicação de protocolos terapêuticos complexos. - Promoção de um ambiente terapêutico e seguro, com recurso a estratégias eficazes de gestão do risco. - Instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas que visem a gestão da dor e o bem-estar da pessoa doente. - Promoção do envolvimento da família/cuidador no processo terapêutico.
Gestão dos cuidados	C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	- Adquirir competências na gestão de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.	<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão do processo de gestão dos cuidados de enfermagem, através de entrevista informal com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe. - Compreensão a dinâmica e a articulação da equipa de saúde. - Identificação e reconhecimento da necessidade de referenciação para outros profissionais. - Compreensão acerca da intervenção do enfermeiro responsável de turno. - Orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.
	C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto,	- Adquirir competências de liderança e gestão de recursos atendendo às	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de conhecimento acerca de processos de liderança e gestão de recursos humanos, estruturais e materiais em contexto de UCI. - Adequação eficaz dos recursos existentes às necessidades de cuidados identificadas.

Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica em UCI: O Cuidar Especializado do Enfermeiro

	visando a garantia da qualidade dos cuidados.	situações e ao contexto encontrados.	<ul style="list-style-type: none"> - Análise da organização e coordenação da equipa de prestação de cuidados. - Contribuição para a promoção do trabalho em equipa e otimização de resultados.
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver pensamento crítico-reflexivo. - Desenvolver o autoconhecimento e assertividade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão de características pessoais na construção dos processos de ajuda. - Atuação assertiva perante situações críticas. - Reflexão sobre os limites pessoais e profissionais. - Reconhecimento, prevenção e gestão de situações potencialmente geradoras de conflito. - Desenvolvimento de pensamento crítico-reflexivo.
	D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	- Desenvolver e fundamentar a prática clínica com base na evidência científica atual.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de lacunas formativas e oportunidades de pesquisa. - Participação em ações formativas que contribuam para o desenvolvimento de competências, caso se proporcione. - Mobilização de conhecimentos e realização de pesquisa bibliográfica constante, suportando a prática clínica especializada em evidência científica atual. - Colaboração em estudos de investigação e/ou projetos em curso ou em desenvolvimento no serviço. - Esclarecimento de dúvidas com enfermeira orientadora e professora.

Fonte: Elaboração própria com base no Regulamento nº 140/2019 (Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Neste capítulo serão descritas sucintamente, sob a forma de tabela, os objetivos e as atividades a desenvolver no decorrer do Estágio Final, de modo a adquirir e consolidar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em EMC na área da PSC.

De acordo com o Anexo II do Regulamento n.º 429/2018, pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19362). Consideram-se assim que, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19362).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área de Enfermagem à PSC são descritas como:

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”

(Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19359).

Na tabela 2 encontram-se descritos os objetivos e as atividades a desenvolver durante o estágio para adquirir as competências supramencionadas.

TABELA 2: OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
<p>1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados à pessoa em situação crítica internada na UCI. - Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos. - Promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. - Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de conhecimento sobre a estrutura física, orgânica e funcional da UCI. - Compreensão da constituição da equipa multidisciplinar, funções dos diferentes elementos e método de distribuição de trabalho. - Integração e estabelecimento de uma boa relação com a equipa multidisciplinar, demonstrando disponibilidade e iniciativa para adquirir e desenvolver competências. - Consulta de normas e protocolos existentes, assim como projetos em desenvolvimento. - Identificação do circuito realizado pela pessoa em situação crítica, desde a sua admissão na UCI à transferência/alta, assim como a articulação da UCI com outros serviços. - Mobilização de conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada. - Colaboração no acolhimento do doente crítico/família em UCI. - Observação e colaboração com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados de alta complexidade à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica internada em UCI, identificando atempadamente eventuais focos de instabilidade e desenvolvendo uma resposta precoce e adequada. - Pesquisa de evidência científica referente a processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. - Administração de protocolos terapêuticos complexos à pessoa em situação crítica e proceder à monitorização e avaliação contínua da sua resposta aos mesmos, adequando as intervenções aos problemas identificados. - Demonstração de competências e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV). - Realização de um estudo de caso e discussão do respetivo plano de cuidados com a orientadora e a professora.

Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica em UCI: O Cuidar Especializado do Enfermeiro

		<ul style="list-style-type: none"> - Garantia da segurança da pessoa em situação crítica através de registos e da transmissão de informação à equipa multidisciplinar, assegurando a continuidade dos cuidados. - Desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgésia. - Identificação e aplicação das escalas de avaliação e monitorização da dor em vigor no serviço. - Aplicação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor da pessoa em situação crítica internada na UCI. - Cooperação no transporte do doente crítico. - Mobilização de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares de Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental e Enfermagem Médico-Cirúrgica 1 sobre autoconhecimento, comunicação e gestão de crise. - Estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa, família/ cuidador em situação crítica. - Demonstração de técnicas de comunicação verbais e não verbais na prestação de cuidados à pessoa, família/cuidador da pessoa em situação crítica. - Desenvolvimento e mobilização de estratégias facilitadoras de dignificação da morte e de processos de luto.
<p>2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o plano de emergência externo e interno do Centro Hospitalar Barreiro Montijo. - Compreender e analisar a dinâmica da UCI em situação de catástrofe ou incidente multi-vítimas, procedendo a propostas de alteração se for o caso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização dos conhecimentos sobre triagem primária e princípios de atuação, adquiridos na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 3. - Consulta do plano de emergência interno e externo do CHBM, com enfoque nos procedimentos de atuação e no papel de cada elemento em caso de catástrofe. - Esclarecimento de dúvidas acerca do plano de emergência interno e externo do Centro Hospitalar. - Consulta do plano de emergência interno da UCI. - Esclarecimento de dúvidas acerca do plano de emergência interno da UCI. - Demonstração de conhecimentos sobre os planos de emergência e princípios de atuação em situações de catástrofe, assegurando condições de segurança e meios de evacuação e transporte em caso de necessidade.

Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica em UCI: O Cuidar Especializado do Enfermeiro

		<ul style="list-style-type: none"> - Participação em sessões de formação relacionadas com catástrofe ou emergência multi-vítimas, caso estas se proporcionem. - Compreensão e análise das estratégias de adaptação desenvolvidas perante a situação pandémica da Covid19.
<p>3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar e desenvolver competências na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica internada em contexto de UCI. - Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista na Comissão de Controlo de Infeção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização dos conhecimentos desenvolvidos na UC Enfermagem Médico Cirúrgica 5. - Reconhecimento da importância da problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde em contexto de UCI. -Conhecimento das normas da DGS e do Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos acerca da prevenção e controlo da infeção hospitalar. - Compreensão da dinâmica do GCR-PPCIRA do Centro Hospitalar. - Consulta dos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem, circuitos, normas de procedimentos e grelhas de auditorias existentes no serviço e instituição. - Aplicação dos feixes de intervenção na prestação de cuidados. - Prestação de cuidados de enfermagem seguros salvaguardando o cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infeção, bem como das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão quando aplicáveis. - Desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo sobre as práticas.

Fonte: Elaboração própria com base no Regulamento nº 429/2018 (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19359)

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com o Artigo 15.º, do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 13, com republicação recente no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto de 2018, emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2 — O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, Artigo 15, p. 4162).

Neste sentido, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pretende-se a concretização das atividades planeadas e descritas nos capítulos anteriores, nos âmbitos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, assim como a elaboração de um artigo científico e o desenvolvimento de um trabalho numa área de intervenção no domínio da prestação de cuidados complexos em UCI, que serão apresentados em documento próprio.

Por fim, será elaborado um Relatório de Estágio Final, no qual será apresentado todo o trabalho desenvolvido no decorrer do percurso académico e do Estágio Final, submetido *à posteriori* a provas públicas para aprovação.

4. CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho demonstrou-se relevante na medida em que suscitou uma reflexão acerca das motivações, interesses e oportunidades de aprendizagem e investigação, fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional. Desta reflexão resultou a identificação e planificação das atividades a desenvolver durante o Estágio Final, com vista a alcançar as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área da PSC e as Competências de Mestre em Enfermagem.

De salientar que este trabalho foi realizado no início do Estágio Final e, portanto, constitui um esboço das atividades a desenvolver ao longo do mesmo, salvaguardando-se a possibilidade da necessidade de alteração ou adaptação deste projeto no decorrer deste percurso académico.

A análise-reflexiva deste PE será apresentada posteriormente no Relatório de Mestrado.

Pretende-se que as atividades descritas neste documento sejam desenvolvidas durante todo o período de estágio, pelo que não foi elaborado um cronograma nesta fase. Este será apresentado no trabalho numa área de intervenção a desenvolver no serviço, após um diagnóstico de situação e definição do tema a desenvolver.

REFERÊNCIAS

Diário da República, 1.^a série — N.º 157 — 16 de agosto de 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/116068875>.

Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Diário da República, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Infopédia (2021). Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/projeto>.

Nunes, L., Ruivo, A., & Ferrito, C. (2010). *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

APÊNDICE 8 – Estudo de Caso

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA – PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

ESTUDO DE CASO

Pessoa em Situação Crítica internada em UCI: Enfarte Agudo do Miocárdio

Docente:

Professora Alice Ruivo

Discente:

Inês Silvestre, n.º 47969

Dezembro, 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA – PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

ESTUDO DE CASO

Pessoa em Situação Crítica internada em UCI: Enfarte Agudo do Miocárdio

Docente:

Professora Alice Ruivo

Discente:

Inês Silvestre, n.º 47969

Dezembro, 2021

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS – Ácido acetilsalicílico

APA – American Psychological Association

AV – Aurículo-ventricular

AVD – Atividades de Vida Diária

BAV – Bloqueio aurículo-ventricular

CABG – Cirurgia de revascularização do miocárdio

CAT – Cateterismo Cardíaco

CVC – Cateter Venoso Central

DAAP – Dupla antiagregação plaquetária

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte agudo do miocárdio

EAMCSST – Enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST

EAMSSST – Enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

ECG – Eletrocardiograma

ECO TT – Eletrocardiograma Trans Torácico

EPH – Emergência Pré-Hospitalar

GAS – Gasimetria

HNF – Heparina não fracionada

HTA – Hipertensão Arterial

IAC – Infecção Associada a Cuidados de Saúde

ICP – Intervenção coronária percutânea

ICS – Infecção da Corrente Sanguínea

INE – Instituto nacional de estatística

INEM – Instituto nacional de Emergência Médica

ITU – Infecção do Trato Urinário

LA – Linha Arterial

LSR – Limite superior de referência

MRSA – *Staphylococcus Aureus* Resistente à Metilicina

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PCM – Primeiro Contacto Médico

PO – Per Os

UC – Unidade curricular

UCICOR – Unidade de Cuidados Intermédios Coronários

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SEC – Sociedade Europeia de Cardiologia

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Sr. – Senhor

SR – Sala de Reanimação

SUG – Serviço de Urgência Geral

Tnc – Troponina cardíaca

VA – Via Aérea

VD – Ventrículo Direito

VE – Ventrículo Esquerdo

VJID – Veia Jugular Interna Direita

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Componentes do tempo-isquémia, atrasos na abordagem inicial e na seleção da estratégia de reperfusão. EPH – Emergência Pré-Hospitalar; PCM – Primeiro contacto médico; ICP – Intervenção Coronária Percutânea; EAMc/ST – Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra ST. Adaptado: ESC Clinical Practice Guidelines.....	16
Figura 2 – Resumo dos tempos alvo importantes no tratamento do STEMI. SPC (2017)	17

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Quarta Definição Universal de Enfarte do Miocárdio	12
Tabela 2 – Abordagem ABCDE	18
Tabela 3 – Avaliação inicial do doente através da abordagem ABCDE	22

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1.1 ANATOMOFISIOLOGIA CARDÍACA	10
1.2 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	12
1.3 EPIDEMIOLOGIA	14
1.4 VIA VERDE CORONÁRIA	15
1.5 TRATAMENTO NO EAM	16
1.6 ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO – ABCDE	18
2.CASO CLÍNICO	21
3.PLANO DE CUIDADOS	24
4.CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	39
ANEXOS	42
ANEXO I – PAREDE CARDÍACA	43
ANEXO II – SUPERFÍCIE DO CORAÇÃO	44
ANEXO III – ANATOMIA INTERNA DO CORAÇÃO	45
ANEXO IV – PRINCIPAIS INDICADORES DE ÓBITOS POR CAUSAS DE MORTE EM 2019	46
ANEXO V – TAXAS BRUTAS DE MORTALIDADE POR 100 MIL HABITANTES ANTES DOS 65 ANOS, POR GRUPO ETÁRIO: DOENÇAS CEREBROVASCULARES E DOENÇAS ISQUÉMICAS DO CORAÇÃO, PORTUGAL, 2019	47
ANEXO VI – DOSES DE TERAPÊUTICAS ANTIPLAQUETÁRIAS E ANTICOAGULANTES COMBINADAS NOS DOENTES SUBMETIDOS A INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA PRIMÁRIA NÃO TRATADOS COM REPERFUSÃO	48

INTRODUÇÃO

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) – A Pessoa em Situação Crítica (PSC) lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, referente ao 3º semestre do ano letivo 2021/2022, decorre o Estágio Final em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), com a duração de 18 semanas compreendidas entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022.

No decorrer do Estágio Final é expectável o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), tendo-nos sido proposto o desenvolvimento de um Estudo de Caso.

O estudo de caso constitui uma abordagem metodológica de investigação com particular pertinência quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores. É caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, podendo os “casos” ser indivíduos, grupos, organizações ou comunidades passíveis de estudo. No âmbito de enfermagem, trata-se de um importante método de investigação que contribui para o seu conhecimento e desenvolvimento, enquanto disciplina e profissão (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Este trabalho tem como objetivo geral contribuir para o desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC: “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Diário da República, 2018, p. 19359). Estabelecem-se como objetivos específicos apresentar e analisar um caso clínico de uma pessoa a experienciar um processo complexo de doença crítica ou falência orgânica, internada no contexto onde decorre o Estágio Final. Neste sentido, determinou-se pertinente a abordagem de uma pessoa com um problema cardiovascular, nomeadamente com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

O caso é referente a um homem, o Sr. J.S., de 62 anos, hábitos tabágicos ativos, previamente saudável, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por queixa de dor torácica, ao qual, após realização de eletrocardiograma (ECG), lhe é diagnosticado EAM.

É encaminhado de imediato para o Centro com Intervenção Coronária Percutânea (ICP) de referência, tendo sido readmitido no SU após realização de cateterismo cardíaco (CAT). É transferido para a UCI com diagnósticos: EAM, Edema Agudo do Pulmão (EAP) e Choque Cardiogénico.

Uma vez que o Sr, J.S. não tinha antecedentes patológicos conhecidos, neste evento transitou de um estado de vida saudável para um estado de doença súbita, ocorrendo uma transição saúde/doença. De acordo com a Teoria das Transições de Alaf Meleis, as Transições podem estar associadas a eventos inesperados, como é o caso de experiências de doença, pelo que se considerou pertinente a análise do caso clínico à luz desta teoria. Nesta situação é fundamental que o doente se consciencialize da necessidade da mudança de hábitos de vida anteriores e de adaptação à nova condição de saúde-doença, tendo os enfermeiros um papel fundamental neste processo. A mudança é difícil para todo o ser humano pelo que os enfermeiros devem ser facilitadores deste processo de transição, integrando todas as dimensões do doente. É importante que identifiquem o tipo de transição que o doente está a vivenciar para que possam assim desenvolver um plano de intervenção adequado às suas necessidades reais (Ferreira, 2012).

Este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo destina-se a um breve enquadramento teórico acerca do tema em questão, no qual será abordada a anatomofisiologia cardíaca, a definição de EAM, a epidemiologia, a Via Verde Coronária, o tratamento do EAM e abordagem ao doente crítico – ABCDE. No segundo capítulo será apresentado o caso clínico alvo de estudo, bem como a avaliação inicial do doente de acordo com a abordagem ABCDE e as intervenções realizadas na fase inicial do processo de doença. No terceiro capítulo encontra-se o plano de cuidados individualizado, adaptado aos problemas reais e potenciais do caso apresentado, com enfoque para os diagnósticos de alta sensibilidade, bem como para os diagnósticos prioritários identificados. Por fim, no quarto capítulo, encontra-se patente uma síntese dos principais contributos do trabalho, bem como uma análise dos objetivos propostos. O presente trabalho segue as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association (APA) e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo procede-se ao enquadramento teórico acerca do Enfarte Agudo do Miocárdio, patologia diagnosticada ao Sr. J. S. e que motivou a sua admissão na UCI. Desde modo, considerou-se pertinente uma breve revisão sobre a anatomofisiologia cardíaca, a definição de EAM, a epidemiologia, a Via Verde Coronária, o tratamento do EAM e abordagem ao doente crítico – ABCDE.

1.1 ANATOMOFISIOLOGIA CARDÍACA

O coração é um órgão singular, muscular, localizado no mediastino médio, à esquerda do plano do mediastino. A sua principal função consiste em bombear o sangue através dos vasos, fazendo-o chegar a todas as células do organismo (Seeley et al., 2011) citado por (Volpe, 2018) e por (Mulai & Cairrao, 2019).

O coração do ponto de vista histológico é formado por três camadas: endocárdio, miocárdio e epicárdio (Anexo I). O endocárdio é uma túnica que cobre internamente as cavidades do coração. O miocárdio é um músculo estriado do coração formado pelos anéis fibrosos, pelas fibras musculares e também por um complexo sistema de condução dos impulsos cardíacos. Os anéis fibrosos são muito resistentes, onde se inserem algumas estruturas do coração (Pina, 2007) citado por (Mulai & Cairrao, 2019) e o Epicárdio é um folheto visceral da superfície externa do coração e a sua função consiste em dar proteção ao coração (Arrellano, 2013) citado por (Guyton, 2011) e por (Mulai & Cairrao, 2019).

O coração é formado por duas bombas. As câmaras cardíacas do lado direito recebem o sangue que provém de todo organismo e ejeta-o através do tronco pulmonar que, por sua vez, o transporta em direção aos pulmões para ser purificado (Anexo II). O dióxido de carbono difunde-se do sangue para os pulmões e o oxigénio difunde-se dos pulmões para o sangue. As câmaras cardíacas esquerdas têm a função de bombear o sangue para a circulação sistémica, que fornece os nutrientes e o oxigénio a todos os tecidos do corpo, e recebe deles o dióxido de carbono e outras substâncias resultantes do metabolismo (Guyton, 2011) citado por (Mulai & Cairrao, 2019).

Na circulação coronária o miocárdio e o sistema êxito-condutor recebem irrigação sanguínea através das artérias coronárias (direita e esquerda) que nascem na aorta ascendente, na parte posterior da válvula semilunar aórtica. A artéria coronária esquerda bifurca-se e origina dois ramos: a artéria circunflexa, que leva o sangue para a superfície

lateral do ventrículo esquerdo e, a artéria descendente anterior que leva o sangue para a superfície anterior do ventrículo esquerdo e ao terço anterior do septo interventricular. A artéria coronária direita emite vários ramos para o sistema êxito-condutor, dando lugar à artéria descendente posterior que leva o sangue para a parede posterior do ventrículo esquerdo, ventrículo direito e ao terço posterior do septo interventricular (Anexo III) (Arellano, 2013) citado por (Moore & Dalley, 2011) e por (Mulai & Cairrao, 2019).

O coração dispõe de um sistema especializado em gerar impulsos elétricos, que provoca as contrações rítmicas do miocárdio, e conduzem impulsos de maneira rápida para todo o coração (Guyton, 2011). O sistema de condução do coração é formado por um conjunto de células diferenciadas e especializadas, que formam dois nódulos e um feixe de condução dos impulsos cardíacos (Mulai & Cairrao, 2019).

As células do miocárdio são denominadas por miócitos e a membrana plasmática deste tipo de célula é o sarcolema. Estas apresentam um núcleo na região central, com muitas miofibrilas que deslizam umas sobre as outras, sendo conectadas por meio dos discos intercalares (Mulai & Cairrao, 2019). As miofibrilas são formadas por vários tipos de proteínas, como as proteínas reguladoras, a troponina e tropomiosina, e as proteínas contráteis, a miosina e a actina, sendo estas as mais abundantes. A actina é a principal proteína que forma os filamentos finos das células musculares de duas formas diferentes: no espaço de menor força iónica (actina G – globular), e no espaço com maior força iónica (actina F – fibroso) (Guhathakurta & Thomas, 2018) citado por (Mulai & Cairrao, 2019). A miosina forma os filamentos grossos, sendo conhecida também como a proteína motora, porque é capaz de transformar a energia química em energia mecânica que serve para a contração dos músculos. Estes filamentos de actina e miosina, organizam-se de maneira especial, onde os filamentos finos se movem e deslizam sobre os filamentos grossos, encurtando assim as miofibrilas que levam à contração das células musculares. Este processo acontece em presença de Trifosfato de Adenosina (ATP) (Shchepkin & Kopylova, 2017) citado por (Mulai & Cairrao, 2019).

A propagação de potenciais de ação do músculo cardíaco exige uma carga elétrica, a qual é gerada essencialmente pelos catiões de potássio, sódio e cálcio (MacLeod et al, 2015) citado por (Mulai & Cairrao, 2019).

O mecanismo de regulação intrínseca do coração ocorre essencialmente através da lei Frank Starling. Esta lei permite relacionar a capacidade de adaptação do coração às variações do volume sanguíneo, através da modificação da contratilidade cardíaca. Quanto maior for a quantidade de sangue que regressa ao coração (maior pré-carga),

maior terá de ser a força de contração do músculo cardíaco para conseguir bombear todo o sangue para a aorta. Contrariamente, quando entra menos sangue (menor pré-carga) menos sangue sai do coração. A pós-carga é o obstáculo que os ventrículos encontram na ejeção de sangue. O principal obstáculo é a resistência encontrada nos vasos periféricos. Sendo esta imensurável, tem-se vindo a utilizar a pressão arterial como o padrão para medir a pós-carga. Concluindo que, se for maior a pressão arterial, também maior será a pós-carga, ou seja, mais difícil é a ejeção de sangue (Guyton, 2011) citado por (Mulai & Cairrao, 2019). O mecanismo de regulação extrínseco inclui o controlo nervoso e hormonal. A regulação nervosa do coração é comandada por reflexos simpáticos e parassimpáticos. Por outro lado, a principal regulação hormonal deve-se principalmente à adrenalina e noradrenalina (Seeley et al, 2011) citado por (Mulai & Cairrao, 2019).

1.2 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Ao longo dos anos a definição de EAM foi alvo de controvérsia, emergindo a necessidade de uma definição geral e global, a qual surgiu entre os anos 50 e 70, quando grupos de estudo da World Health Organization (WHO) estabeleceram uma definição primariamente eletrocardiográfica de EAM destinada a fins epidemiológicos (SPC, 2019).

Com o desenvolvimento de biomarcadores mais sensíveis, a European Society of Cardiology (ESC) e o American College of Cardiology (ACC) cooperaram no sentido de redefinir o conceito de EAM utilizando uma abordagem bioquímica e clínica, definindo EAM como a lesão do miocárdio detetada pela alteração de biomarcadores no contexto de isquemia aguda do miocárdio (SPC, 2018). Na sequência do desenvolvimento de ensaios mais sensíveis para marcadores de lesão do miocárdio, esta definição tem sido alvo de revisão, pelo que na atualidade na atualidade prevalece a Quarta Definição Universal de EAM que se encontra sintetizada no Quadro 1.

Tabela 1 - Quarta Definição Universal de Enfarte do Miocárdio

Definições universais de lesão do miocárdio e de enfarte do miocárdio
Critérios para a lesão do miocárdio
O termo lesão do miocárdio deve ser utilizado quando há evidência de valores elevados de troponina cardíaca (Tnc) com, pelo menos, um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência (LSR). A lesão do miocárdio é considerada aguda no caso de subida e/ou descida dos valores de Tnc.

Critérios para o enfarte agudo do miocárdio (EM de tipos 1, 2 e 3)
<p>O termo enfarte agudo do miocárdio deve ser utilizado quando há lesão aguda do miocárdio com evidência clínica de isquemia aguda do miocárdio e com deteção de uma subida e/ou descida dos valores de Tnc com, pelo menos, um valor acima do percentil 99 do LSR e com, pelo menos, um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sintomas de isquemia do miocárdio;• Alterações isquémicas de novo no ECG;• Desenvolvimento de ondas Q patológicas;• Evidência imagiológica de perda de miocárdio viável de novo ou de alterações da motilidade segmentar de novo num padrão compatível com uma etiologia isquémica;• Identificação de um trombo coronário através de angiografia ou de autópsia (não no caso de EM dos tipos 2 ou 3). A demonstração post-mortem de aterotrombose aguda na artéria que irriga a zona do miocárdio enfartada corresponde aos critérios de EM de tipo 1. A evidência de um desequilíbrio entre o fornecimento e as necessidades de oxigénio no miocárdio não relacionado com a aterotrombose aguda corresponde aos critérios de EM de tipo 2. Morte cardíaca em doentes com sintomas sugestivos de isquemia do miocárdio e alterações isquémicas presumivelmente de novo no ECG antes que os valores de Tnc estejam disponíveis ou alterados corresponde aos critérios de EM do tipo 3.
Critérios para enfarte do miocárdio relacionado com procedimento coronário (EM de tipos 4 e 5)
<p>O EM relacionado com a intervenção coronária percutânea (ICP) é designado por EM de tipo 4a. O EM relacionado com a cirurgia de revascularização do miocárdio (CABG) é designado por EM de tipo 5.</p>
Critérios para enfarte do miocárdio prévio ou silencioso/não reconhecido
<p>Qualquer um dos seguintes critérios permite o diagnóstico de EM prévio ou silencioso/ não reconhecido:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ondas Q anormais com ou sem sintomas na ausência de causas não isquémicas.• Evidência imagiológica de perda de miocárdio viável num padrão compatível com etiologia isquémica.• Achados patológicos e anatómicos de EM prévio

Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2019)

A cardiopatia isquémica é um distúrbio, que resulta de um suprimento inadequado de sangue e oxigénio para o miocárdio, isto é, sempre que se verifica um desequilíbrio entre a oferta e a necessidade de oxigénio ao miocárdio (Ermina, Rodrigues, Cabral, & Moreira, 2018).

A causa mais comum de isquémia do miocárdio é a doença aterosclerótica de uma ou mais artérias coronárias epicárdicas, suficiente para causar uma redução regional do fluxo sanguíneo miocárdico e perfusão inadequada do miocárdio irrigado pelas artérias

coronárias envolvidas. Fatores genéticos, alimentação rica em gorduras, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e sedentarismo, estão muito frequentemente associados ao surgimento de cardiopatia isquémica (Antman & Loscalzo, 2015).

Os doentes com cardiopatia isquémica podem ser classificados em dois grupos: os portadores de doença arterial coronária crónica, apresentando-se mais frequentemente com angina estável, e aqueles com síndromes coronárias agudas. As síndromes coronárias agudas são um espectro de eventos miocárdicos que varia da angina instável ao enfarte agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST (EAMSSST) e enfarte agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (EAMCSST). Embora distintos na apresentação clínica, todos eles partilham um mecanismo fisiopatológico semelhante de rutura de placa aterosclerótica vulnerável com a formação de trombos e subsequentes graus de cessação do fluxo sanguíneo coronário anterógrado, com redução da oxigenação do miocárdio (Cannon & Braunwald, 2015).

Em geral, o EAMCSST ocorre quando o fluxo sanguíneo coronário diminui abruptamente, após a obstrução trombótica da artéria coronária previamente afetada por aterosclerose. Na maioria dos casos ocorre quando a superfície da placa aterosclerótica sofre rutura, expondo o seu conteúdo ao sangue e a condições locais ou sistémicas favorecem a trombogénese. A extensão do miocárdio lesado depende do território irrigado pelo vaso acometido, pelo grau de oclusão vascular, total ou parcial, pela duração da oclusão, pela necessidade de oxigénio do miocárdio, por fatores endógenos, os quais podem produzir a dissolução espontânea do trombo e pela adequação da perfusão miocárdica na zona de enfarte, quando o fluxo pela artéria coronária ocluída for recuperado (Antman & Loscalzo, 2015).

O prognóstico dos doentes com EAMCSST está diretamente relacionado com a ocorrência de dois tipos de complicações: elétricas, como arritmias; e mecânicas, como “insuficiência de bomba” (Ermindá, Rodrigues, Cabral, & Moreira, 2018).

1.3 EPIDEMIOLOGIA

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. Segundo dados da WHO (2017), estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2016, representando 31% de todas as mortes a nível global.

Os indicadores para as principais causas de morte revelados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021) apontam que as doenças do aparelho circulatório

representaram a maior causa de morte em Portugal, com um total de 33 624, representando 29,9% do total de mortes em Portugal no ano 2019. No conjunto de doenças do aparelho circulatório, os acidentes vasculares cerebrais estiveram na origem do maior número de óbitos em 2019 (10 975), representando 9,8% da mortalidade e uma taxa de 106,5 mortes de residentes por 100 mil habitantes, seguindo-se a doença isquémica do coração que registou 7 151, representando 6,4% da mortalidade total em 2019, uma redução de 1,2% em relação ao ano anterior. As mortes por enfarte agudo miocárdio (4 275) representaram 3,8% da mortalidade total e quase 60% das mortes por doenças isquémicas do coração em 2019, apesar da diminuição de 7,5% no número de óbitos em relação ao ano anterior (Anexo IV).

As mortes de residentes por EAM atingiram principalmente os homens, cuja relação foi de 133,2 óbitos de homens por 100 de mulheres. A idade média ao óbito para as mulheres situou-se nos 81,2 anos, mais 8 anos do que a observada para os homens (73,2 anos). Do total de óbitos de residentes por EAM, 81,4% foram de pessoas com 65 e mais anos e 63,3% de pessoas com 75 e mais anos, obtendo-se um número médio de anos potenciais de vida perdidos de 11,3 anos. A taxa bruta de mortalidade devido a EAM, para os residentes, foi de 40,7 óbitos por 100 mil habitantes, com valores significativamente crescentes para 45 e mais anos (Anexo V).

1.4 VIA VERDE CORONÁRIA

Por definição entende-se, Via Verde, como uma forma ou estratégia, bem definida e organizada, na abordagem, no encaminhamento, e no tratamento mais rápido e mais consentâneo às melhores práticas, quer em meio pré, intra e inter-hospitalar, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves, com manifesta relevância para a saúde das populações, e onde o fator “Tempo” é uma determinante essencial (DGS, 2015).

No caso da Via Verde Coronária, e na abordagem ao EAM, o objetivo, primeiro e último, é a redução do tempo entre o início dos sinais e sintomas e o início do tratamento, visando ampliar e fomentar a estratégia de reperfusão mais adequada e célere possível. Para tal é fundamental o reconhecimento precoce dos sintomas e sinais de EAM pelo doente, a promoção da utilização preferencial do número de emergência nacional (112) e o funcionamento eficaz de um sistema regional de tratamento do EAMCSSST, baseado no diagnóstico e orientação pré-hospitalares por parte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e no transporte rápido para o hospital mais indicado para o tratamento de reperfusão mais adequado. Estes elementos-chave reduzem o tempo para

iniciar o tratamento e conseqüentemente diminuem a mortalidade e a morbidade no EAM (DGS, 2015) (Figura 1).

De igual modo, os profissionais de saúde, que contactam com os doentes em fase aguda de enfarte do miocárdio, devem ter capacidade diagnóstica e terapêutica de emergência, designadamente desfibrilhador, bem como conhecer e colocar em prática os protocolos de atuação e referência intra e inter-hospitalar (DGS, 2015).

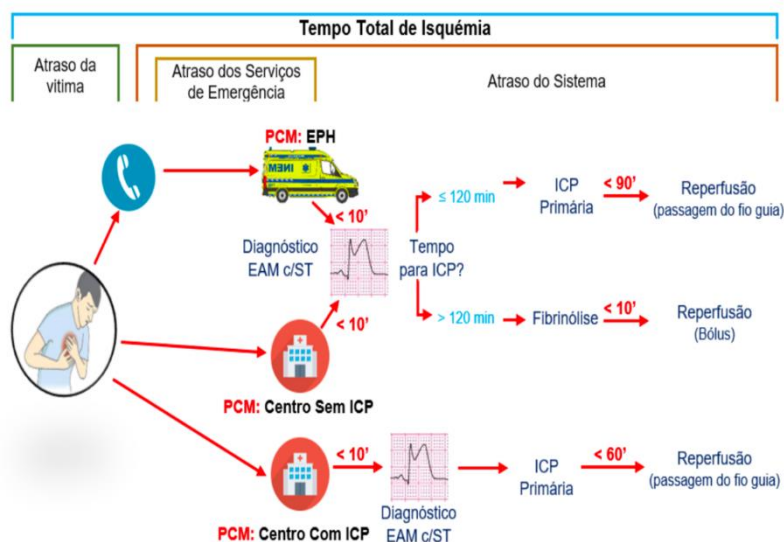


Figura 1- Componentes do tempo-isquemia, atrasos na abordagem inicial e na seleção da estratégia de reperfusão. EPH – Emergência Pré-Hospitalar; PCM – Primeiro contacto médico; ICP – Intervenção Coronária Percutânea; EAMc/ST – Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra ST. Adaptado: ESC Clinical Practice Guidelines.

1.5 TRATAMENTO NO EAM

Designa-se por Cardiologia de Intervenção o conjunto de técnicas terapêuticas que utilizam o cateterismo cardíaco, por via percutânea, como acesso ao coração, para efeitos de terapêutica de alterações estruturais do mesmo, quer a nível das artérias coronárias, quer de outras estruturas. Estas técnicas são realizadas em Laboratórios de Hemodinâmica e Angiocardiografia (vulgarmente designados por salas de cateterismo), em ambiente esterilizado e, habitualmente não requerem anestesia geral. Tipicamente o internamento do doente é curto (inferior a 48 horas) e a recuperação funcional rápida (DGS, 2015).

Segundo a SPC (2017), os doentes submetidos a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária devem ser medicados com dupla antiagregação plaquetária (DAAP), uma combinação de aspirina com um inibidor da P2Y, em associação com um anticoagulante parentérico (Anexo VI). A terapêutica anticoagulante de rotina após o

procedimento não está indicada após a ICP primária, exceto quando há outra indicação para anticoagulação em dose terapêutica.

No âmbito das estratégias de tratamento, o objetivo é minimizar o tempo do primeiro contacto médico e o início do tratamento de reperfusão (Figura 2). Tal pode envolver a necessidade de transferência do doente de uma instituição hospitalar sem capacidade de realizar ICP primária, para outra que esteja habilitada a realizar o procedimento, com o objetivo de iniciar a ICP dentro de duas horas após o primeiro contacto médico, tendo em conta que o maior benefício da terapêutica de reperfusão ocorre nas primeiras duas a três horas após o início dos sintomas. A ICP primária, quando realizada nas primeiras horas de enfarte, é eficaz na recuperação da perfusão na zona do EAMCSST, mais eficaz do que a fibrinólise na recanalização das artérias obstruídas e está associada a resultados clínicos mais favoráveis a curto e a longo prazo (Antman & Loscalzo, 2015).

Intervalos	Tempos alvo
Tempo máximo desde o PCM até ao ECG e diagnóstico ^a .	≤ 10 min
Atraso máximo expectável desde o diagnóstico de STEMI até à ICP primária (atravessar a oclusão com o fio guia) para escolher a estratégia de ICP primária relativamente à fibrinólise (se este atraso for superior, considerar a fibrinólise).	≤ 120 min
Tempo máximo desde o diagnóstico de STEMI até ao atravessamento da oclusão com o fio guia nos doentes que se apresentam nos hospitais com ICP primária.	≤ 60 min
Tempo máximo desde o diagnóstico de STEMI até ao atravessamento da oclusão com o fio guia nos doentes transferidos.	≤ 90 min
Tempo máximo desde o diagnóstico de STEMI até à administração de bólus ou início de perfusão de fibrinólise nos doentes sem possibilidade de cumprir os tempos alvo da ICP.	≤ 10 min
Atraso desde o início da fibrinólise para avaliar a sua eficácia (bem ou mal sucedida).	60 – 90 min
Atraso desde o início da fibrinólise até à angiografia (se a fibrinólise for bem sucedida).	2 – 24 horas

ECG = eletrocardiograma; ICP = intervenção coronária percutânea; PCM = primeiro contacto médico; STEMI = enfarte do miocárdio com elevação do segmento-ST.

^aO ECG deve ser imediatamente interpretado.

Figura 2 - Resumo dos tempos alvo importantes no tratamento do STEMI. SPC (2017)

1.6 ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO – ABCDE

De acordo com o INEM (2020), a abordagem ABCDE é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE.

Tabela 2 - Abordagem ABCDE

ABORDAGEM DA VÍTIMA	
A – Via Aérea	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas; • Desobstruir com manobras manuais (extensão e elevação da cabeça, ou subluxação da mandíbula em vítimas com suspeita de lesão medular); • Aspirar secreções, se necessário; • Considerar o uso de adjuvantes básicos da Via Aérea (VA): tubo nasofaríngeo e tubo orofaríngeo; • Considerar uma abordagem avançada da VA com dispositivos laríngeos ou tubo endotraqueal (cricotireotomia é uma técnica de recurso); • Assim que possível colocar uma sonda gástrica (se abordagem da VA avançada).
B – Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar (se disponível): SpO₂, Capnografia; • Administrar Oxigénio: <ul style="list-style-type: none"> - Em caso de insuficiência respiratória aguda procurar manter a SpO₂ (oximetria de pulso $\geq 95\%$); - Nas grávidas garantir SpO₂ $\geq 97\%$; - Há doentes que fazem retenção crónica de CO₂ (DPOC) nos quais a administração de O₂ em doses elevadas pode deprimir o centro respiratório, pelo que a administração de O₂ é necessária, mas tem de ser criteriosamente controlada e monitorizada. O objetivo geral perante uma vítima crítica com DPOC é o de obter uma PaO₂ > 60mmHg o que equivale a uma saturação obtida por oximetria de pulso de 88-92%, com o intuito de impedir a hipóxia grave sem deprimir o centro respiratório. • Ventilação assistida: o Efetuar ventilação assistida (se $8\text{cr/min} < \text{FR} < 35\text{cr/min}$), realizando 1 insuflação em cada 6 segundos no adulto (10 ventilações por minuto); o Se ventilação mecânica: volume corrente 6 mL/Kg, FR 12cr/min e FiO₂ 50%;

<p>C – Circulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar TA, FC, ritmo cardíaco, ECG 12 derivações; • Controlar hemorragia: <ul style="list-style-type: none"> - Estabilizar e imobilizar fraturas: pélvica, fémur, úmero. • Se hemorragia externa/visível: <ul style="list-style-type: none"> - 1.Compressão manual direta no local da hemorragia (é a técnica de eleição); - 2.Técnica de 2ª linha: aplicação de garrote em posição proximal relativamente à lesão; - 3. Técnicas de 3ª linha: <ul style="list-style-type: none"> ○ Elevação do membro/extremidade (contraindicada no membro com suspeita de fratura ou luxação); ○ Pontos de pressão: aplicação de pressão na artéria próxima da lesão, dessa forma diminuindo a perda de sangue, pela oclusão da artéria. • Posicionar a vítima: <ul style="list-style-type: none"> - Se hipotensão: decúbito dorsal; - Se grávida, evitar a compressão aorto-cava: Decúbito lateral, no plano (Trauma) lateralizar 30º para a esquerda ou deslocar o útero manualmente para a esquerda; • Ao doente com dor torácica cardíaca e suspeita de SCA deve ser administrado O2 (se SpO2 < 90%), aspirina, clopidogrel/ ticagrelor, nitroglicerina e morfina; • Estabelecer acesso venoso periférico (14 ou 16G); • Colher sangue (hemograma, bioquímica, coagulação e tipagem); • Considerar a administração rápida de fluidos.
<p>D – Disfunção Neurológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Excluir condições que influenciam o nível de consciência; • Avaliar o nível da consciência (classificando-o em AVDS e/ou GCS); • Examinar o tamanho, simetria e reatividade à luz das pupilas; • Avaliar sinais focais bilateralmente; • Avaliar a glicémia.
<p>E – Exposição com controlo da temperatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Corrigir condições com risco de vida: <ul style="list-style-type: none"> - Hipotermia; - Amputação. • Remover roupa e avaliar a vítima (tendo em atenção a privacidade e dignidade da vítima); • Promover medidas para prevenir hipotermia (ex. cobertores, mantas térmicas, temperatura da célula sanitária).

Abordámos neste capítulo a fundamentação teórica acerca do Enfarte Agudo do Miocárdio, no que respeita à anatomofisiologia cardíaca, definição, epidemiologia, Via Verde Coronária, tratamento e abordagem ao doente crítico – ABCDE, de forma a contextualizar os eventos ocorridos e as intervenções desenvolvidas. De seguida, proceder-se-á à descrição do caso clínico.

2. CASO CLÍNICO

O caso clínico é relativo ao Sr. J. S., de 62 anos de idade, sexo masculino, com antecedentes pessoais de hábitos tabágicos (1maço/dia), sem antecedentes patológicos conhecidos e sem medicação em ambulatório.

Recorreu ao SU por dor precordial intensa e opressiva, com irradiação ao membro superior esquerdo, com trinta minutos de evolução. Realizou ECG que revelou “taquicardia sinusal com ondas Q de V1 a V5 com supra ST superior a 6mm” tendo sido admitido EAM antero-lateral.

Após o diagnóstico foi contactado Centro de ICP de referência que aceitou o doente para coronariografia emergente. Terapêutica administrada no momento: 5000u de HNF via endovenosa (EV), 250mg de AAS via per os (PO), 180mg de ticagrelor PO e 40mg de furosemida EV.

O doente é então transferido de imediato para Centro de Hemodinâmica de referência para realização de ICP, cumprindo-se o tempo alvo preconizado (2 horas após o primeiro contacto médico).

Readmitido no SU do hospital da área de residência após realização de ICP via radial direita.

Segundo a carta de encaminhamento, CAT compatível com: “TC com placa distal não significativa. DA doença difusa no segmento médio, com duas lesões suboclusivas. CX doença difusa desde o ostium e oclusão no final do segmento distal (cujo preenchimento também se promove pela CD). CD placas condicionando estenoses não significativas nos segmentos proximal e médio. ICP DA proximal e média”.

Realizou ainda Ecocardiograma Trans Torácico (Eco TT): “disfunção grave do Ventrículo Esquerdo (VE), com aparente acinesia/hipocinesia do território da DA. Boa função do Ventrículo Direito (VD). Sem derrame pericárdico”.

NOTA de Entrada no SU:

À readmissão no SU, doente em EAP com hipoxemia grave. SpO2 de 85% com aporte por máscara com FiO2 de 100%.

Observação geral: Vigil, colaborante, orientado no tempo e no espaço.

Pulso: Rítmico, regular e amplo. FC 130 bpm.

Pressão Arterial: 100/80mmHg.

Mucosas: Coradas e Hidratadas.

Escleróticas: Anictéricas.

Auscultação Pulmonar e Cardíaca: Sem alterações.

Abdómen: Livre, palpação indolor, sem organomegalias.

Membros: sem edemas.

Exame Neurológico Sumário: Sem alterações.

Gasimetria (GAS): pH 7.38; pO₂ 47.7; pCO₂ 30.5; HCO₃ 20; Lactatos: 4.6; SpO₂ 83.9%.

Inicia Ventilação não Invasiva (VNI), terapêutica diurética e morfina.

Transferido para a UCI com os diagnósticos: EAM; EAP; Choque Cardiogénico; Insuficiência Respiratória Parcial (IRP) sob VNI.

Na Tabela 2 é apresentada a avaliação inicial do doente à admissão na UCI, de acordo com a abordagem ABCDE, assim como as intervenções realizadas.

Tabela 3 – Avaliação inicial do doente através da abordagem ABCDE

ABCDE	Admissão	Abordagem/Intervenção
A – Via Aérea	VA mantida. Doente a falar.	Não foram realizadas intervenções pois não se verificaram alterações.
B – Ventilação	Polipneico. Respiração mista, simétrica, irregular com utilização da musculatura acessória. Auscultação pulmonar: MV mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. Auscultação cardíaca: Sons puros, sem sopros audíveis ou frémitos. FR de 30cpm. SpO ₂ de 88%.	Sob VNI, tendo sido otimizados parâmetros (IPAP 14; EPAP 6; FR 16; com aporte de O ₂ a 15 L/min). Dada indicação ao Sr. J.S. para não hiperventilar, explicando os benefícios desta ação. Realizado ensino para promover a sincronia com o ventilador.
C – Circulação	Dispositivo compressivo na artéria radial direita, sem evidência de hemorragia ativa. Tempo de preenchimento capilar (TPC): 2 segundos Pulso: Rítmico, regular e amplo.	Monitorizado hemodinamicamente. Colocado cateter venoso central (CVC) na veia jugular interna direita (VJID).

	<p>TA: 96/75mmHg</p> <p>Traçado cardíaco rítmico de aparente base sinusal.</p> <p>FC: 120bpm</p> <p>ECG: “RS cicatriz anterior. Melhoria de elevação de ST”.</p> <p>Eco TT: “Disfunção VE grave 20%, sem aparentes complicações mecânicas.</p>	<p>Colocada linha arterial (LA) na artéria radial esquerda.</p> <p>Vigilância de perdas hemáticas.</p> <p>Realizada colheita de sangue para hemograma, bioquímica e coagulação.</p> <p>Realizou Hemoculturas (HC).</p> <p>Iniciou perfusão contínua de noradrenalina e dobutamina.</p>
D – Disfunção Neurológica	<p>Score 15 na Escala de Coma de Glasgow.</p> <p>Glicémia capilar de 85 mg/dl.</p>	<p>Não foram realizadas intervenções pois não se verificaram alterações.</p>
E – Exposição	<p>Pele e mucosas coradas, hidratadas.</p> <p>Escleróticas anictéricas.</p> <p>Integridade cutânea mantida. Sem edemas.</p> <p>Temperatura timpânica de 36°C.</p> <p>Refere dor torácica opressiva ligeira.</p>	<p>Posicionado em semi-fowler.</p>

Após uma hora da sua entrada na UCI, doente obnubilado, com agravamento da função respiratória. À observação:

A – VA mantida.

B – Polipneia e esforço respiratório marcado, utilização de músculos acessórios, SpO₂ de 85-87% sob VNI.

GAS: pH 7.30; pO₂ 42; pCO₂ 39; HCO₃ 20; Lactatos: 4.7; SpO₂ 80%.

Foi Entubado Orotraquealmente (EOT). Conectado a Ventilação Mecânica (VM) em modo de pressão controlada.

C – Sem hemorragia ativa. Pulso: Arritmico, fino. TPC: 2 segundos. TA: 75/51mmHg. FC: 45 bpm.

D – Sedo-analgésico com propofol e fentanil.

E – Sem alteração.

Procedeu-se neste capítulo à descrição detalhada do caso clínico, da avaliação inicial do doente no momento da sua admissão na UCI com recurso à abordagem ABCDE, bem como das intervenções efetuadas. Segue-se a apresentação do plano de cuidados individualizado, elaborado com base nos problemas reais e potenciais do caso descrito.

3. PLANO DE CUIDADOS

O internamento em UCI constitui um evento inesperado com repercussões não só a nível individual como familiar. Segundo a OE (2018) os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p. 19362). Estes cuidados requerem observação, colheita e procura contínua de dados de forma sistémica, com o intuito de conhecer a situação clínica do doente, prever e detetar complicações, assegurar e adequar as intervenções em tempo útil (OE, 2017). Deste modo, em resposta às necessidades do doente, desenvolveu-se um plano de cuidados individualizado, adaptado aos problemas reais e potenciais, com definição dos resultados a atingir e as intervenções que possibilitem responder às necessidades manifestadas. Sempre que se justifique, proceder-se-á a uma avaliação e reformulação do mesmo, na procura permanente da excelência dos cuidados, reduzindo o impacto negativo da hospitalização.

Da análise dos diagnósticos de enfermagem efetuada, considera-se a Dor como diagnóstico de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem. No que respeita aos diagnósticos prioritários, define-se a ventilação comprometida, o risco de arritmia e o risco de hemorragia, uma vez que, qualquer alteração nestes parâmetros pode colocar em risco a vida do doente. Por fim, para completar o processo de enfermagem foram identificados os restantes diagnósticos de enfermagem, igualmente importantes no foco de atenção do enfermeiro, nomeadamente autocuidado comprometido, consciência, risco de infeção, risco de úlcera de pressão, risco de queda, sono comprometido e estado nutricional.

A sua elaboração teve por base a terminologia CIPE®.

De ressaltar que para a realização deste trabalho determinou-se relevante a fundamentação do diagnóstico de alta sensibilidade supramencionado, bem como dos diagnósticos prioritários. Tendo em conta o elevado risco de infeção associado à presença de múltiplos dispositivos, considerou-se igualmente pertinente a sua justificação.

Diagnóstico de Enfermagem: Dor presente.

Resultados Esperados: Alívio da dor e prevenção de complicações.

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar a dor (de forma regular e sistemática) com recurso à escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability);
- Avaliar a dor (tipo, irradiação, fatores de alívio);
- Vigiar a dor;
- Administrar medicação para a dor;
- Posicionar;
- Executar técnica de massagem;
- Promover um ambiente calmo.

A persistência ou recorrência de dor torácica após a ICP pode afetar cerca de 20 a 40% dos doentes internados, podendo estar associado a complicações que ocorrem após instrumentação das lesões aterosclerótidas, tais como: dissecação, perfuração, formação de trombos e espamos da artéria coronária, podendo surgir oclusão aguda desta ou dos seus ramos (Verevkin et al., 2019 & Crea et al., 2019). A oclusão de uma artéria tratada (reestenose) é a complicação mais frequente e a mais grave da angioplastia coronária, contribuindo para um aumento da morbidade e da mortalidade associada a este procedimento (Verevkin et al., 2019). Perante o exposto, a dor persistente é um sinal de alarme de um miocárdio em risco, assim sendo, uma correta avaliação e monitorização dos sintomas de dor é fundamental para reconhecer as complicações sistémicas major e identificar, precocemente, o tratamento mais adequado (Monteiro et al., 2020).

Segundo a DGS, a dor define-se “como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional (...) é descrita como uma lesão tecidual concreta ou potencial” (p. 3). A avaliação da dor através de instrumentos fidedignos permite objetivar um fenómeno de natureza subjetiva, uniformizar a linguagem dos profissionais de saúde, facilitar o processo de tomada de decisão, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções, bem como a readaptação de estratégias em tempo útil (DGS, 2010).

O alívio da dor é de extrema importância não só para o conforto do doente, “mas porque a dor está associada a hiperatividade simpática, a qual provoca vasoconstrição e aumenta o trabalho cardíaco” (INEM, 2020, p.40). Para uma gestão eficaz da dor torna-se fundamental a administração adequada de analgésicos, pelo que, de acordo com a

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2017), no EAM deve ser considerada a administração de opióides e nitratos.

Noutra perspetiva, também as medidas não farmacológicas constituem estratégias fundamentais no controlo da dor, com particular ênfase as intervenções autónomas de enfermagem que visem o conforto do doente, bem como a promoção do conforto ambiental.

Neste sentido, o posicionamento do doente revela-se importante no alívio da dor. No EAM, a dor torácica resulta, normalmente, de um desequilíbrio temporário entre as necessidades e o fornecimento de oxigénio ao miocárdio, pelo que a adoção de decúbito semi-fowler, facilita a expansão pulmonar, diminuindo o risco de atelectasias e o retorno venoso, reduz a pré-carga e o esforço cardíaco (Urden et al., 2008).

No que respeita ao ambiente, a UCI é caracterizada como um local agitado e com níveis de ruído elevados (Mahran, Leach, Abbas, Abbas, & Ghoneim, 2020). Estudos destacam o impacto da melhoria do conforto ambiental na melhoria da perceção da dor, bem como a importância da otimização de medidas não farmacológicas no controlo da dor (Garripol, Dragonetti, & D’Orazio, 2017). Uma das estratégias mais relevantes para a melhoria do conforto ambiental é a redução do ruído. Um estudo de Richardon et al. (2009) demonstrou uma redução significativa de ruído (96,48dB para 77,52dB) após implementação de um protocolo direcionado para a redução do ruído (Edvardsen & Hetmann, 2020). De acordo com Edvardsen & Hetmann (2020), a intervenção mais importante para a redução do ruído é a alteração do comportamento dos profissionais de saúde e a sua consciencialização para as consequências do ruído no doente crítico. No que respeita a medidas simples a implementar para redução do ruído, Garripol, Dragonetti, & D’Orazio (2017) fazem alusão à importância de transferir intervenções que possam causar ruído, nomeadamente a arrumação de armários, reposição de stocks e teste de desfibrilhador para os turnos da manhã ou tarde. Outros cuidados incluem: evitar ruídos desnecessários em redor do doente; alocar o doente a um quarto individual (se possível); manter a porta do quarto fechada; otimizar monitorizações e adequar as configurações de alarme do monitor ao quadro clínico do doente; ajustar o volume de alarmes; substituir perfusões antes de alarmarem (Hofhuis, et al., 2018) (Edvardsen & Hetmann, 2020). Segundo o estudo de Sendelbach et al. (2015) referenciado por Edvardsen & Hetmann (2020), a substituição de elétrodos diariamente é igualmente uma intervenção simples que pode reduzir entre 80 e 90% de alarmes inválidos.

De salientar que a OE corrobora a importância da gestão da dor, no perfil de competências do enfermeiro especialista nesta área de atuação, afirmando o dever de garantir “a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (...) e demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento 429/2018, p. 19360).

Face ao exposto, considera-se essencial a demonstração de competências por parte do enfermeiro especialista em EMC no âmbito da PSC no que respeita à avaliação, gestão e registo sistematizado da dor. A gestão da dor nos serviços de saúde está contemplada como padrão de qualidade, pelo que nesta unidade encontra-se implementado um programa de melhoria contínua de avaliação da dor, o qual inclui um protocolo de avaliação da dor. De forma sumária, no protocolo consta que a avaliação da dor deve ser realizada no momento de admissão do doente. Na ausência de dor, procede-se à avaliação da mesma 1 vez por turno. Na presença de dor, administração de analgesia ou intervenções que visem o alívio de dor, deve proceder-se à sua avaliação de 2/2 horas. A avaliação e respetivo registo passa para 6/6 horas, após uma avaliação sem dor presente. Salvaguarda-se ainda a necessidade de avaliação da dor antes e após a realização de técnicas invasivas.

Neste sentido, no momento de admissão do doente na UCI foi avaliada dor 3 na escala numérica de 0 a 10, correspondendo a uma dor ligeira, em moedeira, com alívio em posição semi-fowler. Com o agravamento da situação clínica que envolveu a necessidade de realização de técnicas invasivas como a colocação de CVC, LA e posteriormente a EOT, importa ressaltar que a dor do doente poderá estar associada não só à doença e à ICP, como também aos dispositivos e técnicas a que foi sujeito. Uma vez sedo-analgesiado, o instrumento de avaliação da dor utilizado passou a ser a escala de FLACC, ferramenta adotada nesta UCI para os doentes que não verbalizam. Trata-se de uma escala de fácil aplicabilidade, muito utilizada em crianças, que demonstrou eficácia na avaliação da dor em condições de consciência e inconsciência. De caráter comportamental, este instrumento avalia padrões da face, pernas, atividade, choro e consolabilidade, variando de 0 a 10, podendo ser classificada de acordo com o score: 0: relaxado e confortável; 1-3: desconforto médio; 4-6: dor moderada; 7-10: dor/desconforto severo (Carvalho, et al., 2019). A dor foi então avaliada inicialmente com o intervalo de

2 horas através da escala supramencionada e, registada no sistema informático adotado na unidade, o S-clínico, de acordo com o protocolo em vigor no serviço.

Para alívio farmacológico da dor o doente encontrava-se sob perfusão contínua de um opioide (fentanil), em conformidade com as recomendações da SPC, mantendo-se com score de 0 da escala de FLACC, sem necessidade de reajuste terapêutico. Após uma avaliação sem dor, a dor passou então a ser avaliada de 6/6 horas, de acordo com o protocolo.

No que respeita às medidas não farmacológicas de alívio da dor, sublinha-se a eleição pelo decúbito semi-fowler e, em alternativa, a elevação de cabeceira sempre que necessária a alternância de decúbito. Em relação ao conforto ambiental, a estrutura física da unidade é em *open space*, não permitindo a alocação do doente em quarto individual, sendo um dos aspetos de difícil contorno com impacto importante no conforto do mesmo. Contudo, existem outras estratégias de fácil aplicabilidade que se considera poderem ser otimizadas, destacando-se a necessidade de interações menos ruidosas entre os profissionais de saúde e o ajuste de alarmes de equipamentos de electromedicina.

Diagnóstico de Enfermagem: Ventilação comprometida

Resultados Esperados: Assegurar a permeabilidade da via aérea e manter uma adequada oxigenação/ventilação.

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar e vigiar a respiração;
- Avaliar e vigiar a ventilação;
- Monitorizar a frequência respiratória;
- Monitorizar saturação de oxigénio;
- Otimizar a ventilação através da técnica de posicionamento.

De acordo com a SPC (2017), no tratamento da disfunção ventricular esquerda e insuficiência cardíaca aguda no enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST está indicado o oxigénio nos doentes com edema pulmonar com $SaO_2 < 90\%$ para manter a saturação $> 95\%$. O objetivo da oxigenoterapia é corrigir ou minimizar a hipoxémia, melhorando as trocas gasosas, reduzindo o esforço respiratório e o trabalho cardíaco (Nepomuceno RM., *et al* 2012) citado por (Alves, Fank, Souza, & Lima, 2018).

Deve ser considerada a ventilação por pressão positiva não invasiva (pressão contínua positiva das vias aéreas, pressão positiva bifásica das vias aéreas) nos doentes

com dificuldade respiratória (frequência respiratória > 25 /min, SaO₂ $< 90\%$) sem hipotensão. A EOT e conexão a ventilação mecânica está indicada em doentes com insuficiência respiratória ou exaustão, com risco de hipoxémia, hipercapnia ou acidose, no caso de a ventilação não invasiva não ser tolerada (SPC, 2017).

As intervenções de enfermagem têm como objetivo manter a perfusão e oxigenação adequadas dos órgãos e tecidos a fim de prevenir a hipoxia, por meio da monitorização dos seus sinais e sintomas (Nepomuceno RM., 2007) citado por (Alves, Fank, Souza, & Lima, 2018), tais como, alterações do estado de consciência, dispneia, variações da pressão arterial, taquicardia e extremidades frias. É também importante promover o conforto do doente e monitorizar a sua adaptação à oxigenoterapia, através da monitorização da oximetria de pulso.

A oximetria de pulso é um método simples e eficaz na avaliação e monitorização das saturações periféricas de oxigénio. É um método de vigilância não invasivo e contínuo, sendo um indicador útil do estado de oxigenação sanguínea (Porth CM., Matfin G., 2010) citado por (Alves, Fank, Souza, & Lima, 2018). Contudo, não se deve dispensar a avaliação por gasimetria arterial que não só fornece informações mais fidedignas sobre a oxigenação, como também sobre PaCO₂ e o pH (INEM, 2020).

No caso apresentado, na readmissão do Sr. J.S. ao SU foi detetada uma disfunção grave do VE por meio de uma ECO TT, encontrando-se o doente em EAP, manifestado por dispneia e saturações baixas de O₂ com aporte de oxigénio por MF com FiO₂ de 100%, tendo sido incrementada VNI, em conformidade com as recomendações práticas da SPC (2017). Na UCI destaca-se o papel crucial dos enfermeiros na deteção precoce de complicações, nomeadamente na identificação da deterioração do estado de consciência, do agravamento da dispneia manifestada por esforço respiratório marcado com utilização de músculos acessórios e SpO₂ $<90\%$ e do agravamento de sinais de choque (agravamento da hipotensão e bradicardia), respondendo de forma atempada e oportuna às intervenções interdisciplinares na execução de técnicas avançadas, nomeadamente EOT e conexão a prótese ventilatória mecânica. Deste modo, salienta-se o cumprimento do dever do enfermeiro especialista em MC-PSC consagrados no Regulamento 429/2018 referentes à prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, nomeadamente: “identifica prontamente focos de instabilidade; responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade” (Regulamento 429/2018, p. 19363).

Após a implementação de ventilação mecânica, torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro na avaliação e vigilância da respiração e da ventilação, assim como na monitorização da frequência respiratória e das saturações periféricas de oxigénio. Sublinha-se que a OE estabelece que o enfermeiro especialista em EMC-PSC “monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados” (Regulamento 429/2018, p. 19363).

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de arritmia

Resultados Esperados: Prevenir complicações decorrentes do EAM.

Intervenções de Enfermagem:

- Vigiar traçado eletrocardiográfico;
- Monitorizar parâmetros vitais;
- Vigiar as características do pulso.

A reperfusão do miocárdio pode causar profundas alterações eletrofisiológicas e pode levar a graves arritmias de reperfusão nas primeiras 24 a 48h após ICP (SEC, 2020).

As arritmias são uma manifestação de um distúrbio subjacente grave, como isquémia contínua, falência de bomba ou fatores endógenos como alterações iónicas, hipóxia e desequilíbrio ácido-base (SEC, 2020).

Independente da localização do enfarte, as extrassístoles ventriculares, taquicardia ventricular não sustentada e o ritmo idioventricular acelerado são arritmias comuns durante a fase inicial, não sendo preditores de fibrilhação ventricular, não requerem terapêutica antiarrítmica profilática (SEC, 2020).

Deste modo, as intervenções de enfermagem incidem sobre a monitorização e interpretação eletrocardiográfica, de forma a identificar os ritmos de paragem e periparagem com maior celeridade possível para instituir de imediato o tratamento correto, com o objetivo de evitar a sua evolução para paragem cardíaca (INEM, 2020). Importa salientar, que “mais importante que a identificação do ritmo exato é saber que se trata de um registo ECG anormal e avaliar a sua repercussão sobre o débito cardíaco, isto é, a sua tradução em termos hemodinâmicos (INEM, 2020, p. 77). Cabe ao enfermeiro, verificar a eficácia dos sistemas de alarme clínico, isto é, assegurar que os alarmes são suficientemente audíveis, tendo em consideração a distância e o ruído existente na

Unidade, estabelecer os limites do alarme às necessidades clínicas do doente, por defeito o monitor cardíaco possui limites de alarme pré-definidos (Urden *et al.*, 2008).

Reportando para o caso em estudo, considera-se que o levantamento do diagnóstico risco de arritmia e o desenvolvimento das intervenções supracitadas foi fundamental para a deteção precoce de um ritmo peri-paragem e para a atuação pronta e em conformidade, prevenindo complicações graves. Ressalva-se mais uma vez que, no perfil de competências do enfermeiro especialista em EMC-PSC, encontra-se patente o dever de cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, o qual contempla a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, a identificação atempada de focos de instabilidade, a resposta pronta e antecipatória a focos de instabilidade, a execução de cuidados técnicos de alta complexidade, bem como a demonstração de conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida (Regulamento 429/2018).

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de hemorragia

Resultados esperados: Prevenir a hemorragia

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar perda sanguínea;
- Avaliar sinais de compromisso neurocirculatório;
- Monitorizar parâmetros vitais;
- Vigiar hematoma;
- Monitorizar estado de consciência.

A ICP primária é a estratégia de reperfusão preferencial nos doentes com STEMI no período de 12h após o início dos sintomas (SEC, 2017).

A abordagem do acesso arterial percutâneo poderá ser obtida a partir dos membros superiores através da artéria radial, braquial ou axilar e nos membros inferiores a abordagem é pela femoral.

A diretriz da SEC (2017) recomenda a abordagem pela via radial como o método de eleição durante o procedimento, estando associada a um menor risco de hemorragia, menos complicações no local da punção e permite a deambulação mais rápida, mantendo

a qualidade de vida e redução do número de dias de internamento hospitalar (Santo et al., 2021 & Roghani-Dehkordil et al., 2021 & Nairoukh et al., 2020). Independentemente do local da punção, uma das complicações do cateterismo cardíaco é o risco de hemorragia ou hematoma significativo no local da punção arterial.

A hemóstase depois do procedimento é extremamente importante, uma vez que existe um risco elevado de hemorragia devido à terapêutica antitrombótica periprocedimento e pós-procedimento nos doentes submetidos a ICP primária (SPC, 2017).

Posto isto, as intervenções de enfermagem incidem sobre o vigiar as perdas sanguíneas, instruir sobre a necessidade de manter repouso durante as primeiras 24h após ICP, instruir/ensinar sobre a necessidade de mobilizar a articulação dos dedos, vigiar pulso, alterações da coloração, temperatura, dor ou parestesias para detetar precocemente uma oclusão arterial aguda. Caso não haja contraindicações, incentivar ao reforço hídrico para eliminar o efeito do contraste radiopaco e prevenir a nefropatia induzida pelo contraste (Urden et al., 2008).

De ressaltar que, no que concerne à administração de protocolos de terapêutica complexos, a OE estabelece no perfil de competências do enfermeiro especialista em EMC – PSC que este: “diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados (Regulamento 429/2018, p. 19363).

Neste estudo de caso, a abordagem foi via radial direita e a hemóstase através de um dispositivo TR-Band[®], que consiste numa pulseira concebida para promover a hemóstase, através da compressão mecânica, não alterando o retorno venoso (Roghani-Dehkordil et al., 2021). Este dispositivo é mais confortável e a sua transparência permite visualizar o local da punção e vigiar o risco de hemorragia ou hematoma. A desinsuflação da pulseira faz-se ao fim de 3h após o cateterismo e de forma gradual. No que concerne às intervenções de enfermagem desenvolvidas neste caso particular no âmbito do risco de hemorragia, tendo em conta o estado de consciência do doente, estas centraram-se na vigilância do local de punção para exclusão ou identificação precoce de possíveis perdas hemáticas, vigilância do pulso e de alterações da coloração e temperatura do membro, avaliação do TPC, monitorização de parâmetros vitais, bem como o registo informatizado

destas intervenções e a garantia da transmissão de informação aos elementos da equipa através de momentos de passagem de turno.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Infeção

Resultados esperados: Prevenir a Infeção e complicações associadas à presença de dispositivos (EOT, CVC, LA e Drenagem Vesical)

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar risco de infeção;
- Monitorizar temperatura corporal;
- Vigiar sinais inflamatórios (locais de inserção CVC e LA);
- Vigiar penso de cateter;
- Otimizar cateteres (CVC, LA e vesical);
- Vigiar eliminação urinária (características da urina);
- Vigiar secreções brônquicas;
- Elevação da cabeceira em ângulo >30º;
- Monitorização da pressão do cuff;
- Higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% pelo menos uma vez por turno.

O risco de infeção associado ao contexto de UCI é uma problemática conhecida. A ECDC (2012) concluiu que a prevalência de infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) é maior em doentes admitidos nas UCI's do que em outros serviços, onde, em média, 19,5% (na europa) e 24,5% (em Portugal) dos doentes tiveram pelo menos uma IACS. Os fatores de risco que predispõem a pessoa para as IACS incluem: idade (superior a 65 anos), deficiente estado nutricional, patologias prévias, motivo de internamento, internamento superior a sete dias, intervenções cirúrgicas ou procedimentos invasivos recentes, estratégias terapêuticas agressivas e/ou imunossupressoras, uso inapropriado de antibióticos, utilização prolongada de dispositivos médicos invasivos. A compreensão destes fatores permite o entendimento da elevada taxa de infeção existente nas UCI's.

Na União Europeia (2017), dos doentes internados em UCI por mais de 2 dias, 8,3% (11 787) apresentaram pelo menos uma IACS adquirida na UCI; 6% apresentaram pneumonia, 4% infeção da corrente sanguínea (ICS) e 2% infeção do trato urinário (ITU); 97% dos episódios de pneumonia foram associados à ventilação (PAV), 37% de ICS foram relacionados ao cateter, e 98% de ITU foram associados à presença de um cateter urinário (ECDE, 2019).

Em Portugal, entre 2013 e 2017, registou-se uma redução da incidência de PAV (-10,81%) e de Bacteriemia (-30,77%), salientando-se uma descida acentuada após 2015, ano que marca a introdução dos feixes de intervenção associados à pneumonia (Norma n.º 021/2015) e Bacteriemia (Norma n.º 018/2014 e da Norma n.º 022/2015) (DGS, 2018).

A prevenção de IACS continua a ser uma das prioridades para os profissionais de saúde, surgindo, atualmente, como um importante indicador ao nível da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, na UCI onde o Sr. J.S. se encontra internado foram desenvolvidas normas de procedimento no âmbito do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no que respeita à prevenção de infeções associadas aos diferentes dispositivos: CVC, LA, PAV e Cateter Vesical, com as respetivas grelhas de auditorias com base nos feixes de intervenção propostos pela DGS (2015). À admissão do doente na unidade foi identificado de imediato este diagnóstico e as respetivas intervenções a implementar. De salientar que neste estudo de caso apenas foram mencionadas as principais intervenções, no entanto, para cada dispositivo o serviço estabelece um conjunto de intervenções adequadas ao mesmo. Ressalvo ainda o empenho da equipa de enfermagem, em especial dos enfermeiros especialistas em EMC – PSC na salvaguarda pelo cumprimento criterioso dos feixes estabelecidos para a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos, bem como no rigor da sua implementação, monitorização, registo e respetiva avaliação através do preenchimento do instrumento de auditoria clínica.

No que respeita à infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Metilicina (MRSA), este é um dos agentes etiológicos mais frequente nas IACS, constituindo as UCI's os locais em que a sua disseminação está associada a complicações mais graves, pelo que se consideram serviços prioritários no controlo de MRSA (DGS, 2014).

Os principais fatores de risco para colonização/infeção por MRSA incluem:

- Uso de antibióticos nos seis meses anteriores;
- Internamentos prolongados recentes, internamentos recentes em UCI;
- Hemodiálise, unidades de internamento de cuidados continuados ou residências/lares de idosos;
- Presença de dispositivos invasivos e feridas crónicas;

- Colonização prévia por MRSA e proximidade com doentes colonizados ou infetados por MRSA (DGS, 2014).

Deste modo, nesta UCI, em conformidade com o feixe de intervenções de prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA, preconiza-se que todos os doentes internados por um tempo previsível superior a 48 horas sejam submetidos a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhotes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão. Os doentes com tubo endotraqueal são submetidos a higiene oral, pelo menos três vezes por dia com gluconato de clorohexidina a 0,2% durante o internamento. É realizado rastreio (zaragatoa nasal) no momento da admissão dos doentes com risco acrescido de colonização ou infeção por MRSA (todos os que verifiquem um ou mais critérios). Reportando para o caso clínico, também o Sr. J.S. foi submetido a rastreio de MRSA no momento de admissão e instituídas medidas de precaução de contacto profiláticas, as quais incluem a implementação das intervenções supramencionadas, demonstrando-se assim a competência do enfermeiro EMC na área da PSC: “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento 429/2018, p. 19364).

Outros Diagnósticos de Enfermagem presentes:

Autocuidado comprometido em grau elevado (Higiene, vestuário, uso do sanitário, alimentar e transferir-se):

- Avaliar o autocuidado;
- Dar banho;
- Lavar a boca;
- Vestir;
- Posicionar;
- Alimentar.

Risco de Úlcera por Pressão

- Avaliar risco de úlcera por pressão;

- Aplicar dispositivos de prevenção de úlceras por pressão;
- Posicionar.

Risco de queda

- Avaliar risco de queda;
- Prevenir quedas;
- Manter/gerir um ambiente seguro;
- Elevar as grades e baixar o nível da cama.

4. CONCLUSÃO

A doença isquémica do coração constitui a 2ª maior causa de morte em Portugal, sendo que a morte por EAM representa aproximadamente dois terços do número de mortes por esta condição, tratando-se de uma situação crítica, frequente, potencialmente fatal e com um elevado impacto socioeconómico.

A Via Verde Coronária constitui uma estratégia criteriosa e precisa para um encaminhamento e tratamento adequado, visando a redução do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento, assente na máxima "tempo é miocárdio". O tratamento, muitas vezes emergente, implica medidas de reperfusão com vista ao restabelecimento do fluxo sanguíneo do vaso ocluído, tão célere quanto possível.

O alto risco de mortalidade numa fase aguda torna imperativo que os cuidados sejam planeados e executados de forma eficaz, encontrando-se o enfermeiro numa posição privilegiada para a sua deteção precoce, assumindo um papel primordial na gestão dos cuidados que a sua abordagem requer, nomeadamente na prevenção precoce e no tratamento atempado de potenciais complicações.

Após uma análise reflexiva acerca dos objetivos deste trabalho conclui-se que a sua elaboração contribuiu para a compreensão da complexidade do processo de doença crítica, nomeadamente do EAM. Determina-se que a elaboração do plano de cuidados tendo em conta a especificidade e individualidade do caso apresentado foi crucial para o desenvolvimento de raciocínio clínico na avaliação diagnóstica, na determinação das intervenções, assim como na avaliação dos resultados, despertando igualmente para a importância da vigilância e monitorização da pessoa/família a vivenciar esta situação. Também a reflexão sobre os diagnósticos prioritários e os de alta sensibilidade, alvos de uma detalhada fundamentação, foi decisiva para o desenvolvimento da capacidade de priorização de intervenção. De salientar que, em relação ao diagnóstico de alta sensibilidade, a sua seleção reflete a valorização de intervenções maioritariamente de enfermagem que incrementam o bem-estar e o conforto na pessoa com EAM, sendo que a sua argumentação contribuiu para o desenvolvimento de raciocínio clínico essencial para a avaliação inicial, intervenção e avaliação dos resultados à pessoa com dor.

Este trabalho foi realizado à luz da Teoria de Transição de Meleis, a qual orientou a pesquisa bibliográfica patente no enquadramento teórico e na fundamentação dos diagnósticos que determinámos prioritários e de alta sensibilidade, bem como conduziu toda a reflexão que a sua elaboração exigiu. Este modelo revelou-se benéfico para a

compreensão do papel do enfermeiro enquanto elemento facilitador do processo de transição saúde-doença. A aplicação desta teoria permitiu a identificação da transição que o doente com EAM se encontrava a vivenciar, a qual constituiu a base do desenvolvimento de um plano de intervenção adequado às suas necessidades.

Em suma, considera-se que os objetivos delineados para este trabalho foram alcançados. Em última análise, a realização deste trabalho contribuiu para o desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC, nomeadamente: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Diário da República, 2018, p. 19359), a qual enfatiza de forma genérica que o enfermeiro especialista presta cuidados à pessoa em situação emergente, antecipa a instabilidade e o risco de falência orgânica, garante a administração de protocolos terapêuticos complexos, faz a gestão da dor e do bem-estar otimizando as respostas. De ressaltar ainda os contributos que o presente estudo forneceu no desenvolvimento e consolidação da competência específica do enfermeiro especialista em EMC – PSC relativa à maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

É a prática clínica aliada a um elevado grau de conhecimentos especializados baseados em evidência científica que permitirá ao enfermeiro atuar com perspicácia, assertividade e eficácia perante uma situação crítica deste relevo.

REFERÊNCIAS

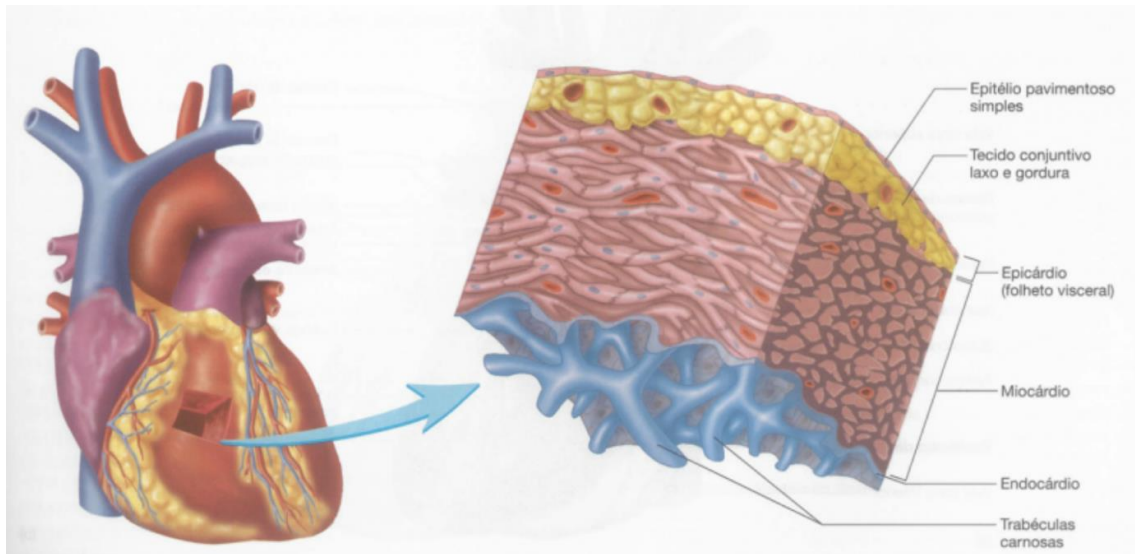
- Abreu, A. (2017). Breve intervenção psicológica em doentes internados após síndrome coronária aguda: essencial ou acessória? *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 651-654.
- Alves, J., Fank, A., Souza, L., & Lima, M. (2018). O papel do enfermeiro na oxigenoterapia: revisão narrativa da literatura. *Journal Health Biology Science*, 176-181.
- Antman, E., & Loscalzo, J. (2015). Ischemic Heart Disease. Em D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson, & J. Loscalzo, *Harrison's Principles of Internal Medicine* (p. 1578). New York: McGraw Hill Education Medical.
- Antman, E., & Loscalzo, J. (2015). ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. Em D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson, & J. Loscalzo, *Harrison's Principles of Internal Medicine* (pp. 1599-1604). New York: McGraw Hill Education Medical.
- Cannon, C., & Braunwald, E. (2015). Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome (non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction and Unstable Angina). Em D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson, & J. Loscalzo, *Harrison's Principles of Internal Medicine* (p. 1593). New York: McGraw Hill Education Medical.
- Carvalho, B. M., Godoi, C. G., Vieira, R., Guimarães, L., Tacla, M., Ferrari, R., & Gabani, F. (2019, abril). Electronic Journal Collection Health . *Avaliação da implantação de escala de dor em uma unidade de terapia intensiva pediátrica*, pp. 1-7.
- Crea, F., Merz, C., Beltrame, J., Berry, C., Camici, P., Kaski, J., . . . Shimokawa, H. (2019). Mechanisms and diagnostic evaluation of persistent or recurrent angina following percutaneous coronary revascularization. *European Heart Journal*, 1-10.
- DGS. (2003). *A Dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. . Direcção Geral da Saúde. Lisboa: DGS.
- DGS. (2010) - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Obtido de: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- DGS. (2014) – Norma nº018/2014. Obtido de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- DGS. (27 de fevereiro de 2015). *SNS.Gov*. Obtido de Rede de Referência de Cardiologia: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-cardiologia-v.2015.pdf>
- DGS. (2018) - Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário. Obtido de: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf>
- Eapen, Z., Fuster, V., Harrington, R., & Narula, J. (2014). *Definições e patogenia das síndromes coronárias agudas*. In: *Hurst's The Heart Manual of Cardiology*. New York: McGraw Hill Education.
- ECDC. (2012) - Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals.
- ECDE. (2019) - Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. Annual Epidemiological Report for 2017

- Edvardsen, J. B., & Hetmann, F. (2020). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. *SAGE Open Nursin*, 1-8.
- Erminda, F., Rodrigues, M., Cabral, J., & Moreira, D. (2018). *Via Verde Coronária no Coração de Portugal*. Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde. Covilhã: UBI.
- Ferreira, C. (2012). *O Papel do Enfermeiro como facilitador na transição saúde-doença à pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Mestrado em Enfermagem. Lisboa: ESEL.
- Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2018). O Estudo de Caso como Método de Investigação em Enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 102-107.
- Garripol, G., Dragonetti, A., & D’Orazio, A. (2017). Sleep Quality in ICUs. Prospective study. *Scenario*, 4-11.
- Ibanez, B., & Halvorsen, S. (2021). *Treatment of ST-segment elevation acute coronary syndromes*. Oxford: European Society of Cardiology.
- INE. (01 de março de 2021). *INE*. Obtido de Causas de Morte: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2
- INEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Obtido de INEM: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Knauert, M. P., Pisani, M., Redeker, N., Murphy, T., Araujo, K., Jeon, S., & Yaggi, H. (2019). Pilot study: an intensive care unit sleep promotion protocol. *BMJ Open Respiratory Research*, 1-6.
- Kosmidou, I., McAndrew, T., Redfors, B., Embacher, M., Dizon, J., Mehran, R., . . . Stone, G. (2017). Correlation of Admission Heart Rate With Angiographic and Clinical Outcomes in Patients With Right Coronary Artery ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention: HORIZONS-AMI Trial. *Journal of the American Heart Association*, 1-8.
- Mahran, G. S., Leach, M. J., Abbas, M. S., Abbas, A. M., & Ghoneim, A. M. (2020). Effect of Eye Masks on Pain and Sleep Quality in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Critical Care Nurse*, 27-36.
- Monteiro, S., Timoteo, A., Caeiro, D., Silva, M., Tralhao, A., Guerreiro, C., . . . Morais, J. (2020). Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 401-406.
- Mulai, E., & Cairrao, M. (2019). *Anatofisiologia Cardíaca*. Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde. Covilhã: UBI.
- OE. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- OE. (2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados e Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (16 de julho de 2018). *DRE*. Obtido de Diário da República n.º135/2018, série II - Regulamento n.º 429/2018: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Rad, M., Bidi, A., & Khaligh, G. (2018). *Causes of Late Referral to the Emergency Department in Patients with Myocardial Infarction in Iran*. Naissensis: Acta Facultaties Medicae Naissensis.
- Rahim, B., Naser, P., Abolhassan, S., & Vahid, A. (2021). The Effect of Continuous Nursing Care Program on Anxiety Level, Episodes of Chest Pain, and Readmission Rate after Myocardial Infarction: A Randomized Controlled Trial. *International Cardiovascular Research Journal*, 21-28.
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2003). *Anatomia & Fisiologia* (6ª Edição ed.). Lisboa: Lusociência. Obtido de fciencias: <https://www.fciencias.com/2020/03/16/corpo-humano-orgaos-3/>
- SNS. (2020). *Enfarte Agudo do Miocárdio*. Obtido de SNS: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/09/29/enfarte-agudo-do-miocardio/>
- SPC. (2017). *Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. Obtido de Recomendações de Bolso da ESC de 2017: https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1.EAM_STEMI-2017.pdf
- SPC. (2018). *Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. Obtido de Recomendações de Bolso de 2018 da ESC: https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Pocket_Definicao-Enfarte.pdf
- Thygesen, K., Alpert, J., Jaffe, A., Simoons, M., Chaitman, B., & White, H. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Loures: Lusodidacta.
- Verevkin, A., Aspern, K., Leontyev, S., Lehmann, S., Borger, M., & Davierwala, P. (2019). Early and Long-Term Outcomes in Patients Undergoing Cardiac Surgery Following Iatrogenic Injuries During Percutaneous Coronary Intervention. *Journal of the American Heart Association*, 1-11.
- WHO. (2017). *World Health Organization*. Obtido de WHO: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

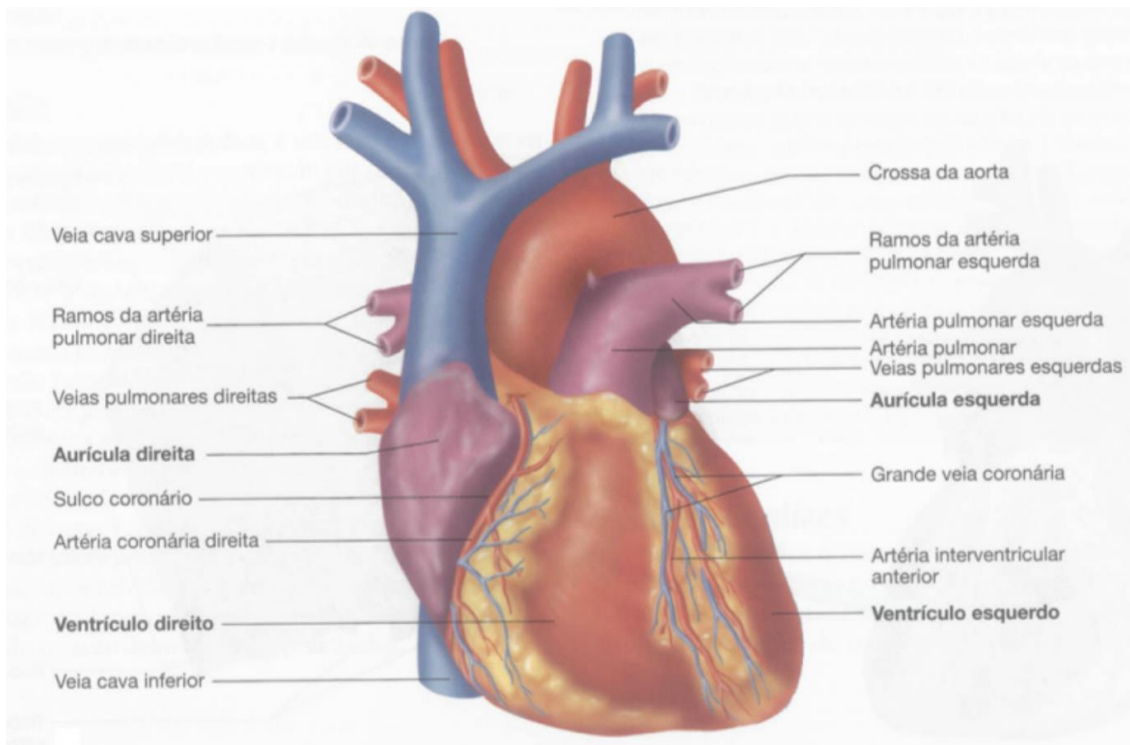
ANEXOS

ANEXO I – PAREDE CARDÍACA



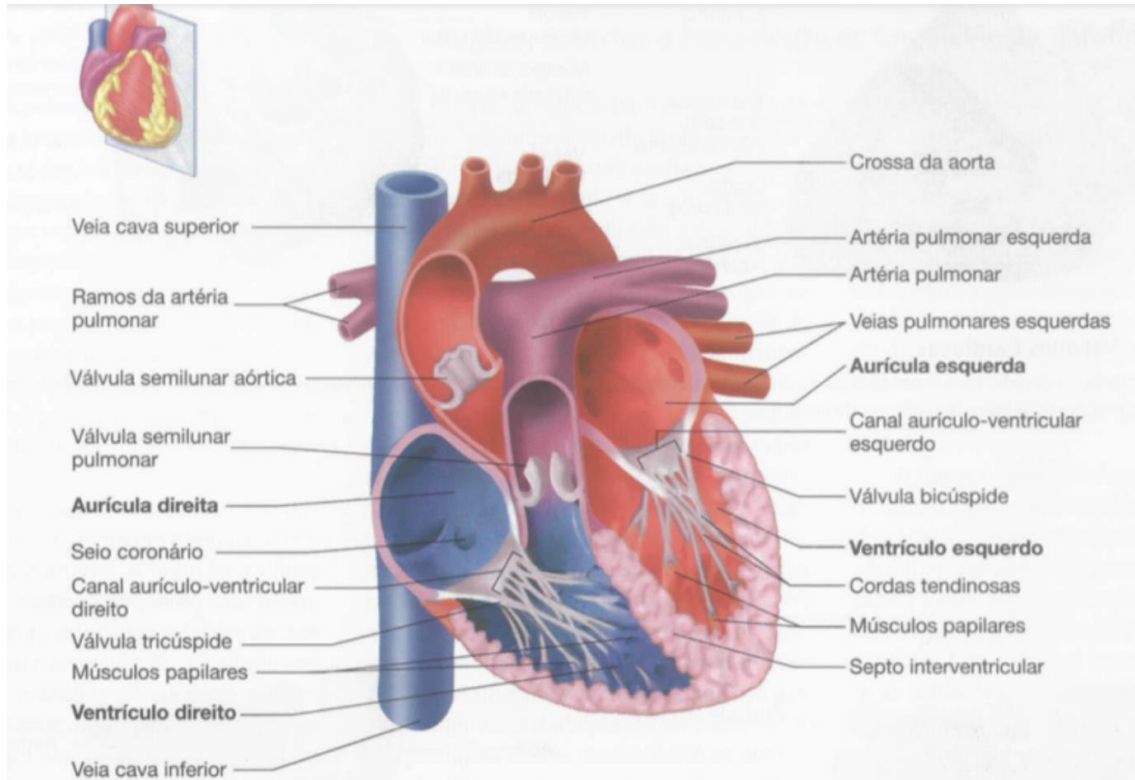
Fonte: Seeley, Stephens, & Tate, 2003.

ANEXO II – SUPERFÍCIE DO CORAÇÃO



Fonte: Seeley, Stephens, & Tate, 2003.

ANEXO III – ANATOMIA INTERNA DO CORAÇÃO



Fonte: Seeley, Stephens, & Tate, 2003.

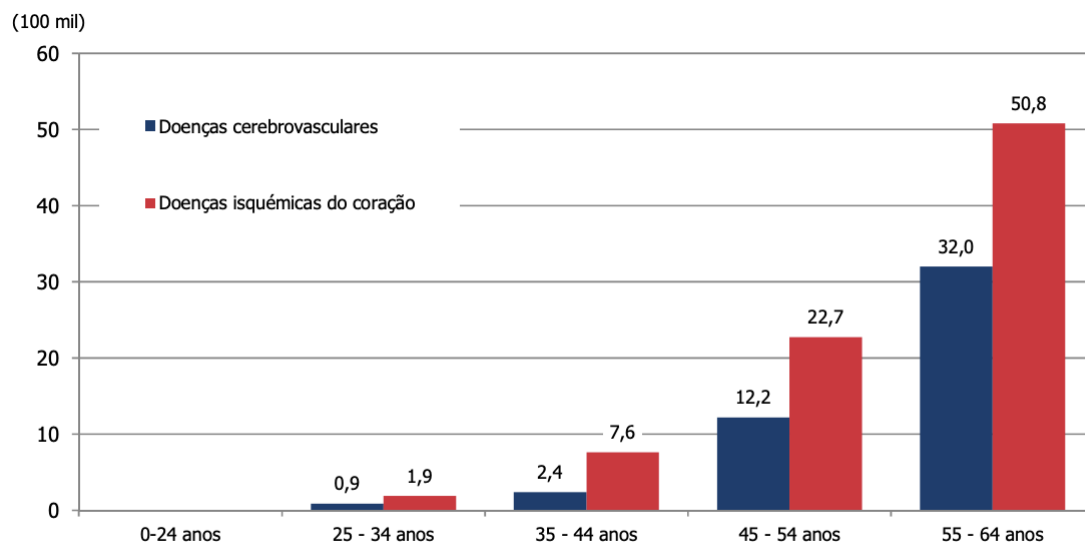
ANEXO IV – PRINCIPAIS INDICADORES DE ÓBITOS POR CAUSAS DE MORTE EM 2019

Principais indicadores de óbitos por causas de morte em 2019							
	Óbitos		Variação anual	Taxa bruta de mortalidade	Idade média ao óbito	N.º médio de anos potenciais de vida perdidos	Relação de masculinidade ao óbito
	N.º	%	%	Por 100 mil hab.	Anos		
Total de óbitos	112 334	100,0	-1,1	1 087,3	78,6	12,7	99,8
Doenças do aparelho circulatório, <i>das quais</i>	33 624	29,9	2,1	324,9	81,7	10,5	82,4
Doenças cerebrovasculares	10 975	9,8	-2,3	106,5	82,3	9,3	78,1
Doença isquémica do coração	7 151	6,4	-1,2	68,3	77,5	11,0	137,8
Enfarte agudo do coração	4 275	3,8	-7,5	40,7	76,6	11,3	133,2
Tumores malignos, <i>das quais</i>	28 544	25,4	2,2	276,7	73,7	10,9	144,3
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	4 405	3,9	2,0	42,7	70,7	9,4	288,2
Tumor maligno do colon, reto e ânus	3 829	3,4	0,2	37,2	75,9	10,1	138,0
Doenças do aparelho respiratório, <i>das quais</i>	12 243	10,9	-8,0	118,8	83,3	9,9	104,8
Pneumonia	4 700	4,2	-18,5	45,6	84,3	11,0	100,9

Fonte: INE, Óbitos por causas de morte

Notas explicativas: 1) O número de óbitos, e as respetivas proporção e variação anual, referem-se ao total de mortes ocorridas no país, enquanto os restantes indicadores respeitam apenas a mortes de residentes em Portugal. 2) Em relação à superioridade do número médio de anos potenciais de vida perdidos para o total de causas em relação às principais causas de morte, tal fica a dever-se ao facto deste indicador incidir apenas sobre as mortes antes dos 70 anos, que tendem a ocorrer em menor proporção no caso das causas de morte analisadas.

ANEXO V – TAXAS BRUTAS DE MORTALIDADE POR 100 MIL HABITANTES ANTES DOS 65 ANOS, POR GRUPO ETÁRIO: DOENÇAS CEREBROVASCULARES E DOENÇAS ISQUÉMICAS DO CORAÇÃO, PORTUGAL, 2019



Fonte: INE, Óbitos por causas de morte

ANEXO VI – DOSES DE TERAPÊUTICAS ANTIPLAQUETÁRIAS E ANTICOAGULANTES COMBINADAS NOS DOENTES SUBMETIDOS A INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA PRIMÁRIA NÃO TRATADOS COM REPERFUSÃO

Doses de terapêuticas antiplaquetária e anticoagulantes parentéricos combinadas na ICP primária	
Terapêuticas antiplaquetárias	
Aspirina	Dose de carga oral de 150 – 300 mg ou dose i.v. de 75 – 250 mg, caso não seja possível a via oral, seguida de uma dose de manutenção de 75 – 100 mg/dia.
Clopidogrel	Dose de carga oral de 600 mg, seguida de uma dose de manutenção de 75 mg/dia.
Prasugrel	Dose de carga oral de 60 mg, seguida de uma dose de manutenção de 10mg/dia. Nos doentes com peso corporal ≤ 60 kg, é recomendada uma dose de manutenção de 5 mg/dia. O prasugrel é contraindicado em doentes com acidente vascular cerebral prévio. Nos doentes ≥ 75 anos, o prasugrel não é geralmente recomendado, contudo deverá ser administrada uma dose de 5 mg/dia se o tratamento for absolutamente necessário.
Ticagrelor	Dose de carga oral de 180 mg, seguida de uma dose de manutenção de 90 mg <i>b.i.d.</i>
Abciximab	Bólus i.v. de 0,25 mg/kg e 0,125 µg/kg/min de infusão (máximo 10 µg/min) durante 12 horas.
Eptifibatida	Duplo bólus i.v. de 180 µg/kg (administrado com um intervalo de 10 min), seguido de uma infusão de 2,0 µg/kg/min durante e até 18 horas.
Tirofiban	Dose de 25 µg/kg i.v. durante 3 min, seguida de uma infusão de manutenção de 0,15 µg/kg/min até 18 horas.
Terapêuticas anticoagulantes parentéricas	
HNF	Bólus i.v. de 70 – 100 UI/kg quando não está planeada a administração de um inibidor da GP IIb/IIIa Bólus i.v. de 50 – 70 UI/kg juntamente com inibidores da GP IIb/IIIa.
Enoxaparina	Bólus i.v. de 0,5 mg/kg.
Bivalirudina	Bólus i.v. de 0,75 mg/kg, seguido de infusão de 1,75 mg/kg/hora durante e até 4 horas após o procedimento.

Fonte: SPC (2018)

ANEXOS

ANEXO 1 - *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* (Versão Portuguesa)

QUESTIONÁRIO (aplicar ao doente)		
PARTE I		
DIAS DE INTERNAMENTO: _____		TURNO: _____
DATA: _____	UNIDADE DE INTERNAMENTO: _____	
DADOS DEMOGRÁFICOS		
IDADE: _____	GÉNERO: _____	ESTADO CIVIL: _____
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____		
CONSCIÊNCIA	Escala de Coma de Glasgow de: _____	
ORIENTAÇÃO	CAM-ICU global: _____	
COMUNICAÇÃO	Verbal	<input type="checkbox"/>
	Não-verbal	<input type="checkbox"/>
SEDAÇÃO	RASS de: _____	
MEDICAÇÃO INDUTORA DO SONO	SIM	<input type="checkbox"/>
	NÃO	<input type="checkbox"/>
QUAL? _____		
PARTE II		
RICHARDS-CAMPBELL SLEEP QUESTIONNAIRE		
<p>O questionário abaixo pretende avaliar o seu sono quer em termos de qualidade como de quantidade na noite passada.</p> <p>Cada uma das questões abaixo é respondida pela colocação de um "X" na linha da resposta. Coloque o seu "X" no lugar da linha que melhor descreva o que sente em relação ao seu sono na noite passada.</p>		
1 – O meu sono na noite passada foi:		
2 – Na noite passada, a primeira vez que tentei dormir eu:		

<p>3 – Na noite passada eu estive:</p> <p>Pouco tempo acordado</p> <p>Acordado toda a noite</p>
<p>4 – Na noite passada, quando acordei ou fui acordado, eu:</p> <p>Voltei a dormir imediatamente</p> <p>Não consegui voltar a dormir</p>
<p>5 – Descreveria o meu sono na noite passada, como:</p> <p>Uma boa noite de sono</p> <p>Uma má noite de sono</p>
<p>6 – Descreveria o nível de ruído da noite passada como:</p> <p>Muito Silêncio</p> <p>Muito ruído</p>
<p style="text-align: center;">PARTE III</p>
<p>Refira, dos seguintes fatores, os que perturbaram mais o seu sono na noite passada:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ruído do equipamento<input type="checkbox"/> Conversa dos profissionais<input type="checkbox"/> Procedimentos efetuados<input type="checkbox"/> Iluminação<input type="checkbox"/> Administração de medicação<input type="checkbox"/> Posicionamentos<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____

QUESTIONÁRIO (aplicar ao enfermeiro)		
PARTE I		
DIAS DE INTERNAMENTO: _____		TURNO: _____
DATA: _____	UNIDADE DE INTERNAMENTO: _____	
DADOS DEMOGRÁFICOS		
IDADE: _____	GÉNERO: _____	ESTADO CIVIL: _____
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____		
CONSCIÊNCIA	Escala de Coma de Glasgow de: _____	
ORIENTAÇÃO	CAM-ICU global: _____	
COMUNICAÇÃO	Verbal	<input type="checkbox"/>
	Não-verbal	<input type="checkbox"/>
SEDAÇÃO	RASS de: _____	
MEDICAÇÃO INDUTORA DO SONO	SIM	<input type="checkbox"/>
	NÃO	<input type="checkbox"/>
QUAL? _____		
PARTE II		
RICHARDS-CAMPBELL SLEEP QUESTIONNAIRE		
<p>O questionário abaixo pretende avaliar o sono do seu doente quer em termos de qualidade como de quantidade na noite passada.</p> <p>Cada uma das questões abaixo é respondida pela colocação de um "X" na linha da resposta. Coloque o seu "X" no lugar da linha que melhor descreva o que pensa em relação ao sono do doente durante a noite passada.</p>		
1 – O sono do meu doente na noite passada foi:		
2 – Na noite passada, a primeira vez que o meu doente tentou dormir:		

<p>3 – Na noite passada o meu doente esteve:</p> <p>Pouco tempo acordado</p> <p>Acordado toda a noite</p>
<p>4 – Na noite passada, quando o meu doente acordou ou foi acordado:</p> <p>Voltou a dormir imediatamente</p> <p>Não conseguiu voltar a dormir</p>
<p>5 – Descreveria o sono do meu doente, na noite passada, como:</p> <p>Uma boa noite de sono</p> <p>Uma má noite de sono</p>
<p>6 – Descreveria o nível de ruído da noite passada como:</p> <p>Muito Silencio</p> <p>Muito ruído</p>

ANEXO 2 - Autorização para utilização do RCSQ

Marisa Alexandra Marques <mary_xanita@hotmail.com>

Seg, 27/12/2021 22:42

Para:

Boa noite Sra Enf. Inês Silvestre,

Autorizo a utilização do questionário RCSQ traduzido e validado por mim para a população Portuguesa.

Cumprimentos,

Obter o [Outlook para iOS](#)

De: Inês Silvestre <inessimilvestre@hotmail.com>

Enviado: Monday, December 27, 2021 10:28:38 PM

Para: [REDACTED]

Assunto: Autorização de utilização do RCSQ versão portuguesa

Boa noite Sra. Enf-ª [REDACTED],

Na qualidade de discente do 5º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, venho por este meio solicitar autorização para utilização do questionário RCSQ, por si traduzido e validado para a população portuguesa, no âmbito de um trabalho em desenvolvimento no Estágio Final que versa sobre a temática "Prestação de cuidados complexos em UCI com enfoque na Melhoria da qualidade dos cuidados a prestar na Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica internada em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos".

Com os melhores cumprimentos,

Inês Silvestre

ANEXO 3 - Certificado de Apresentação de Comunicação Livre no III
Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde



III Seminário Internacional
Vulnerabilidades Sociais e Saúde

Epidemias: uma análise interdisciplinar

CERTIFICADO

IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde
IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Ciências Empresariais
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
CIDEHUS

Campus do IPS, 11, 12 e 13 de março de 2021

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

Certifica-se a comunicação com o título ***O uso da oxigenoterapia nasal de alto fluxo na insuficiência respiratória aguda secundária à Covid 19: uma scoping review*** da autoria de ***Ana Nunes, Ana Miranda, Bruna Trabuço, Inês Silvestre, João Martins & Pedro Fernandes*** integrou um dos painéis de comunicações livres do **III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde** sobre a temática ***Epidemias: uma análise interdisciplinar***, realizado nos dias 11, 12 e 13 de março de 2021.

A Comissão Organizadora



<http://www.seminariovss.ips.pt/>

ANEXO 4 - Certificado do Curso Suporte Avançado de Vida



ANEXO 5 - Certificado do Curso *International Trauma Life Support*



ITLS

International
Trauma Life Support

ADVANCED	BASIC	PEDIATRIC	ACCESS
ADVANCED	BASIC	PEDIATRIC	ACCESS
ADVANCED	BASIC	PEDIATRIC	ACCESS
ADVANCED	BASIC	PEDIATRIC	ACCESS

Certificate of Participation

Inês Ferreira Silvestre, RN
has completed the
Advanced Provider Course

<p>date 5/9/2021</p>	<p>course site Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL (International)</p>
<p>course director Dr. Ana Ferreira, MD MD</p>	
<p>course coordinator Luis Figueiredo RN</p>	



ITLS

International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-4202 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12000 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jacob@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0020)

<p>_____ Card Holder's Signature</p> <p><small>Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.</small></p> <p>International Trauma Life Support 3000 Woodcreek Drive, Suite 200 Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><h3>ITLS</h3><p>International Trauma Life Support</p></div><div>329162-44563</div></div> <p>Inês Ferreira Silvestre, RN</p> <p>has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.</p> <p>Advanced Provider Course</p> <p>Card Issue Date 5/9/2021 Expiration Date 05/2024</p> <p>Course Number 44563 Course Location </p>
---	---

ANEXO 6 - Certificado de Participação nas IV Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva



CERTIFICADO

Certificamos que,

INÊS SILVESTRE

esteve presente nas **VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 04 e 05 de novembro de 2021, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 05 de novembro de 2021

Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas