



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

**Quiet Time: Intervenções específicas do enfermeiro
especialista na área da manutenção do equilíbrio
sensorial da pessoa em situação crítica numa unidade de
Cuidados Intensivos**

Por
Patrícia Félix de Matos

Lisboa 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

**Quiet Time: Specific interventions of the specialist nurse
in the área of maintaining sensory balance in the care of
the person in critical situation in an Intensive Care Unit**

Por
Patrícia Félix de Matos
Sob a orientação de
Prof^a Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa 2023

*“A excelência em Enfermagem é possível.
A Perfeição não é.
Saiba a diferença”*

HAMMERSCHMID; CLIFTON K. MEADOR

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Manuela Madureira pela sua orientação, incentivo, apoio e ajuda neste meu processo de aprendizagem ao longo deste percurso.

À Enfermeira J.C. pela paciência, apoio e orientação neste processo.

Aos meus pais e irmã que me apoiaram deram forças, calma e coragem para continuar, ao longo deste caminho.

Ao meu companheiro Daniel, pela sua paciência, compreensão, carinho e apoio durante este longo percurso.

Aos meus restantes familiares, pela constante preocupação e disponibilidade que demonstraram.

À equipa da UIR, por toda a ajuda, disponibilidade, apoio e compreensão ao longo deste tempo.

À Raquel, à Inês e ao Afonso por todo o apoio ao longo da concretização deste objetivo.

E por último, à Sónia, à Mariana, à Sofia e à Raqueline pela compreensão, carinho e apoio que me ofereceram.

Muito obrigada a todos!

Resumo

A elaboração deste relatório encontra-se inserido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em situação crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O presente relatório tem como objetivo descrever e analisar o percurso realizado durante a aquisição de competências em local de estágio e fundamentar a obtenção do grau académico de mestre e profissional, especialista em enfermagem médico cirúrgica.

Durante o meu contexto de estágio, realizei intervenções e atividades específicas na área da manutenção do equilíbrio sensorial, focando-me na área da promoção do sono. Segundo Tina Moore (1989), o equilíbrio sensorial é o equilíbrio interno que o indivíduo luta para manter, cujo objetivo é controlar o nível de atividade do sistema nervoso central, em particular o grau de vigília e a capacidade de concentração. A privação sensorial pode ser fruto de um ambiente de estímulos reduzidos, prejudicando a capacidade para receber estes mesmos estímulos. Esta incapacidade de processar estímulos por parte do indivíduo pode levar a perturbações perceptivas, cognitivas e/ou emocionais.

Phipps (2007) diz-nos que é essencial uma quantidade adequada de sono ininterrupto para prevenir a exaustão/doença e manter o bem-estar fisiológico e psicológico do indivíduo. Contudo, numa unidade de cuidados intensivos é frequentemente necessária uma intervenção regular para manter a homeostasia fisiológica, como tal, o enfermeiro de cuidados intensivos deve avaliar o doente e determinar se terão sido proporcionados períodos adequados para promover um sono adequado. É, deste modo, fulcral que a equipa multidisciplinar se encontre sensibilizada para manter um ambiente seguro, adotando intervenções direcionadas ao longo da sua prática para proteger este equilíbrio do paciente.

No final deste estágio, acredito ter atingido os objetivos a que me propus, tendo desenvolvido as competências necessárias ao desempenho das funções de Enfermeiro Especialista e Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Aquisição de competências; Manutenção do Equilíbrio Sensorial; Promoção do Sono.

Abstract

The preparation of this IXultidisc inserted within the scope of the Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing: in the IXult of Nursing to the Person in critical situation, of the Lisbon School of Nursing of the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica Portuguesa.

This report aims to describe and analyze the path taken during the acquisition of skills in a place of internship and to support obtaining the academic degree of master and professional, specialist in surgical-medical nursing.

During my internship IXultidis, I performed specific interventions and activities in the IXult of maintaining sensory balance, focusing on the IXult of sleep promotion. According to Tina Moore (1989), sensory balance is the internal balance that the individual struggles to maintain, whose IXultidi to control the level of activity of the central nervous system, in particular the degree of wakefulness and the ability to concentrate. Sensory deprivation can be the IXultidisc na environment of reduced stimuli, impairing the ability to receive these same stimuli. This inability to process stimuli on the IXultidi the individual can lead to perception, cognitive and/or emotional disorders.

Phipps (2007) tells us that na adequate amount of uninterrupted sleep is essential to prevent exhaustion/disease and maintain the physiological and psychological well-being of the individual. However, in a critical care unit na hourly IXultidiscipli is often required to maintain physiological homeostasis, so the intensive care nurse should assess the patient and determine whether adequate periods have been provided to promote adequate sleep. Hence, it is central that the IXultidisciplinar team is sensitized to maintain a safe environment, adopting targeted interventions throughout its practice to protect this balance of the patient.

At the end of this internship, I believe I have achieved the objectives to which I set myself, having developed the necessary skills for the performance of the functions of Specialist and Master Nurse.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Acquisition of skills; Maintenance of Sensory Balance; Sleep Promotion.

Índice

	Pág.
1. Introdução	13
2. Manutenção do Equilíbrio Sensorial: Promoção do Sono	17
2.1 Metodologia	21
2.2 Apresentação de dados	23
2.3 Extração de dados	25
2.4 Discussão de resultados	43
2.5 Considerações Finais	53
3. Contexto de estágio	55
4. Análise Crítica e reflexiva das competências desenvolvidas	59
5. Conclusão	71
6. Referências Bibliográficas	73
7. Apêndices	77
Apêndice I – Planeamento de Sessão Formativa	79
Apêndice II – Sessão de Formação	83
Apêndice III – Certificado de apresentação de Poster	105

1. Introdução

A elaboração deste relatório encontra-se inserido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em situação crítica, na Universidade Católica Portuguesa, ano letivo 2021/2022, onde segundo o seu regulamento interno referente ao Mestrado de Enfermagem, atualizado em 2017 (pp.2) menciona, *“Este ciclo de estudos pretende, numa mesma oferta formativa, dar resposta a duas necessidades diferentes, mas complementares, da formação de enfermeiros. Por um lado, integra os requisitos curriculares dos “Cursos de Pós-licenciatura de Especialização em enfermagem”, no cumprimento estipulado na Portaria 268/2002 de 13 de março e, por outro lado, permite a aquisição e o desenvolvimento de competências estabelecidas para o grau de mestre, nos termos do artigo 15.º do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior”*.

A Unidade Curricular Estágio final e Relatório, pressupõe um total de 750h para a obtenção de 30 ECTS (European Credit Transfer System) distribuído numa componente prática de 360h, de trabalho autónomo do estudante correspondendo também a 360h, 20h de seminário e 20h de orientação tutorial.

A orientação pedagógica realizou-se sob a supervisão da Professora Doutora Maria Manuela Madureira e o desenvolvimento em contexto de estágio, que se realizou entre 6 de setembro de 2021 e 18 de dezembro de 2021, num Serviço de Medicina Intensiva num Centro Hospitalar sob a orientação da Enfermeira Especialista J.C..

Segundo Hesbeen (2001, pp. 65-67), *“A formação básica é frequentemente muito questionada. A formação contínua deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido”*, por este motivo, desde o início do meu percurso enquanto estudante de enfermagem, sempre me foi inculcida a importância da formação contínua.

O conhecimento básico é apenas a base da nossa formação e da nossa prática, diariamente são publicadas novas pesquisas, novas intervenções e novas abordagens dos cuidados de enfermagem ao doente, inclusive ao doente em situação crítica. Hesbeen (2001, pp. 65-67) vem reforçar a ideia de que temos de aprofundar os nossos conhecimentos, para melhorar a nossa prática e os nossos cuidados prestados diariamente aos nossos utentes, de forma a podermos proporcionar cuidados mais direcionados, humanos e adequados às necessidades dos nossos pacientes.

O presente relatório tem como objetivo descrever e analisar o percurso realizado durante a aquisição de competências em contexto de estágio e fundamentar a obtenção do grau académico e profissional.

No que diz respeito à aquisição de competências, existe uma grande teoria na história de Enfermagem com a qual me identifiquei durante a realização deste desafio profissional, nomeadamente Patricia Benner, que apresentou o seu modelo de Teoria de Enfermagem De Iniciado a Perito, baseado no Modelo da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus. Este modelo descreve 5 níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito.

No livro de Tomey e Alligood (2002, pp. 193), o perito segundo a Teoria de Benner é atingido “(...) *quando o executante perito já não conta com o princípio analítico para ligar o seu entendimento da situação a uma ação adequada (...)*”. Benner descreveu a enfermeira perita “(...) *como tendo um domínio intuitivo da situação e como capaz de identificar a região do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas. (...) Os aspetos-chave da prática da enfermeira perita são: (1) um domínio clínico e uma prática baseada na investigação, (2) know-how incorporado, (3) ver a situação no seu todo e (4) ver o inesperado.*”

Já Phaneuf (2005, pp.6), descreve a enfermeira perita como sendo aquela que “(...) *procede de uma maneira menos analítica, mais sintética e sobretudo mais intuitiva. A sua experiência permite-lhe tomar decisões rápidas e seguras. Ela prevê, transfere os seus conhecimentos e, respeitando o essencial (...)*”. Assim, devido ao seu elevado nível de desenvolvimento profissional, o enfermeiro perito é uma referência para os colegas e estudantes, que o procuram, questionam e pedem colaboração durante o seu desenvolvimento.

Durante este processo formativo pude perceber a diferença entre Enfermeiro generalista e Enfermeiro especialista, ao reconhecer nos orientadores clínicos a sua experiência e competências de especialista, bem como aprofundar o meu domínio intuitivo que só poderia ser desenvolvido com a aquisição/desenvolvimento de conhecimentos e do agir, tal como diz Benner, citada por Tomey e Alligood (2002, pp.193), a competência desenvolve-se na ação. Tive ainda a oportunidade de identificar as necessidades da pessoa e a sua família, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação do estado de saúde do indivíduo, decorrentes de patologias agudas/crónicas e de processos médicos/cirúrgicos complexos. O estágio realizado em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, demonstrou-me a importância e a mais-valia de ter sido orientada por um Enfermeiro perito na sua área de conhecimento que, ao partilhá-lo e ao promover a reflexão sobre a prática, ajudou-me a desenvolver as minhas competências inerentes ao Enfermeiro Especialista.

Com vista a poder obter os melhores resultados neste estágio, defini como objetivo geral desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Enfermagem Médico Cirúrgica, pessoa em situação crítica e a sua família, de acordo com os termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros.

Diariamente a nossa prática encontra-se fundamentada pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, os quais tive sempre presentes ao longo deste percurso para poder adquirir e fundamentar as competências do Enfermeiro Especialista, acrescentando também as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Como objetivos específicos defini o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e à sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos e como contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem na área da manutenção do equilíbrio sensorial do doente adulto em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos.

A Prática de Enfermagem baseada na Evidência é de grande importância para o profissional de enfermagem e é considerado um dos aspectos-chave do EnfermeiroEspecialista dado ter havido um processo de “(...) *incorporação da melhor evidência científica existente, conjugada com a experiência e os valores e preferências dos clientes, no contexto dos recursos disponíveis*” (Pinho, 2020, pp.10). Com base nesta afirmação, podemos observar a importância que a investigação em Enfermagem possui na nossa prática e que irá melhorar os nossos cuidados, criando uma atuação mais autónoma, segura e atualizada.

De forma a poder contribuir para esta prática, realizei uma pesquisa bibliográfica com base no Diagnóstico de Situação efetuado no início deste estágio sobre a manutenção do equilíbrio sensorial.

Este relatório encontra-se dividido em 3 partes: na primeira apresenta-se a *scoping review* realizada sobre a temática acima referida; numa segunda parte é feita a descrição do contexto de estágio, onde menciono a estrutura física e humana do serviço bem como aspectos da sua organização de atividades; e por último, a descrição do processo de desenvolvimento de competências.

2. Manutenção do equilíbrio sensorial: Promoção do Sono

Segundo o Parecer n.º 15/2018, uma unidade de cuidados intensivos é definida como sendo um local qualificado “(...) *para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais*” (Ordem dos enfermeiros, 2018, pp.4). Também Clochesy (1993, pp.13), afirma que os ambientes tecnológicos presentes nestas unidades oferecem diversos benefícios nos cuidados à pessoa em situação crítica tais como: a diminuição da taxa de mortalidade, identificação rápida de complicações e intervenções direcionadas aos problemas prontamente detetados. Estes benefícios são adquiridos graças a severos fatores psicológicos e fardos psicossociais impostos pelo ambiente. O ambiente pode provocar alterações sensoriais devido à imobilização, dor e ruído.

Na publicação de Tina Moore (1989, pp. 40), mencionando Shultz, “*o indivíduo luta para manter um equilíbrio interno, uma variação nos estímulos dirigidos ao córtex cerebral mediados pelo sistema reticular ativador*”, cujo sistema tem como objetivo “(...) *controlar o nível de atividade do sistema nervoso central, em particular o grau de vigília e a capacidade de concentração*”. A experiência sensorial consiste em dois componentes: receção e perceção.

A receção sensorial é o processo de receber estímulos sobre o ambiente interno ou externo por meio dos sentidos. Estes são: a visão, a audição, o olfato, o paladar e o tato.

A perceção sensorial é o processo consciente de selecionar, organizar e interpretar os estímulos dos sentidos em informação significativa. Esta é influenciada pela intensidade, pelo tamanho, pela mudança ou pela representação dos estímulos, assim como por experiências passadas, conhecimentos e atitudes.

Tina Moore (1989, pp.40) refere que “*o processo sensorial consiste em dois componentes: a capacidade para receber impressões mentais através dos órgãos do corpo e a capacidade para apreender ou organizar os estímulos recebidos.*” Para que o cérebro possa receber estímulos e reagir de forma adequada, este deve estar em estado de alerta ou excitado.

O sistema reticular ativador ou sistema de ativação reticular é o sistema que faz a mediação da excitação. Este deverá permanecer em equilíbrio sensorial, que é reconhecido como um estado de impulso geral, ideal para o sistema de ativação reticular. Este funciona na monitorização e na regulação dos estímulos sensoriais que chegam e que podem manter, aumentar ou inibir a excitação cortical.

Este sistema possui um nível de adaptação e harmoniza-se com certos níveis de atividade, o que por sua vez leva à estimulação do córtex e é essencial para a perceção normal, aprendizagem e emoção. Se este sistema for afetado, existindo alterações no input sensorial, irá conseqüentemente ocorrer um ajuste do tipo compensatório dos sistemas, até se atingir novamente um equilíbrio sensorial.

Quando a perceção sensorial é alterada, quando um doente é admitido num serviço de saúde, é confrontado com estímulos diferentes aos quais está habituado. As alterações sensoriais são devido à sobrecarga sensorial, privação sensorial, privação do sono e privação de cuidados culturais.

No caso da privação sensorial, o input sensorial do indivíduo é reduzido sem um padrão ou inexpressivo. Como o input é reduzido, o sistema reticular de ativação não consegue projetar um nível normal de ativação até ao cérebro. Como tal, o indivíduo poderá sentir alucinações para tentar manter um equilíbrio.

Esta privação pode ser causada por: um ambiente de estímulos monótonos ou reduzidos; capacidade comprometida para receber estímulos ambientais e incapacidade de processar estímulos ambientais. Este tipo de privação pode levar a perturbações de perceção, cognitivas e emocionais.

Segundo Taylor, Lillis, LeMone e Lynn (2014, pp. 1608) no caso da sobrecarga sensorial, esta situação surge quando “(...) *um indivíduo experimenta tantos estímulos sensoriais que o cérebro é incapaz de responder de forma significativa a eles ou ignorá-los*”. Como afirmado anteriormente, o indivíduo luta para manter este equilíbrio interno, que varia consoante os estímulos que recebe. Devido ao impacto que este equilíbrio possui no seu bem-estar, é necessário que enquanto profissionais de saúde, tentemos reduzir os estímulos existentes promovendo o bem-estar e a criação de um ambiente propício à sua recuperação.

Almondes e Araújo (2003, pp.37) afirmam que o meio ambiente e o ciclo sono vigília encontram-se interligados e que uma alteração deste equilíbrio pode provocar “(...) *perturbações como transtornos do sono, sensação de mal-estar, alterações gastrointestinais, flutuações no humor e reduções no desempenho em tarefas que requerem atenção e concentração*”.

Segundo Pinho (2020, pp.118), o ambiente numa unidade de cuidados intensivos pode ser “(...) *perturbador do padrão de sono considerado normal, podendo ser considerado altamente estimulante e agressivo (...). Assim, os doentes internados em unidades de cuidados intensivos têm maior tendência para apresentarem sono insuficiente, altamente fragmentado, com ciclos incompletos (...). Estas alterações do padrão normal do sono e repouso são suscetíveis de conduzir a disfunções fisiológicas e psicológicas, podendo aumentar a morbidade e mortalidade, e impõem maior morosidade nos processos de recuperação*”.

Segundo Taylor, Lillis, LeMone e Lynn (2014, pp.1110), “*o sono é um estado de repouso acompanhado por consciência alterada e relativa de inatividade*”. Se verificarmos nos descritores de ciências da saúde, o sono é considerado a “suspensão prontamente reversível da interação sensorio-motor com o ambiente, geralmente associada à posição reclinada e à imobilidade”.

Segundo Watson (2015, pp.591), o tempo recomendado é de 7 ou mais horas de sono diárias por noite para um adulto, nunca excedendo as 9 horas por noite.

Taylor, Lillis, LeMone e Lynn (2014, pp.1110) afirmam que “*a maioria das pessoas consegue adormecer com facilidade e permanecer assim até à hora em que desejam acordar. Diferentemente, alguns indivíduos raramente adormecem sem esforço quando conseguem, o seu sono é fragmentado*”.

Para que se realize o “sono” existem dois sistemas no tronco cerebral, que são ativados: o sistema ativador reticular e a região de sincronização no bulbo. O sistema ativador reticular tem como função facilitar os movimentos, reflexos e voluntários, tal como as atividades corticais relacionadas a um estado de alerta.

Segundo Taylor, Lillis, LeMone e Lynn (2014, pp.1112), o sono é constituído por 2 estágios: sono com movimentos não rápidos de olhos (NREM) e o sono com movimentos rápidos dos olhos (REM). O sono NREM engloba cerca de 75% do sono e consiste em 4

estágios: estágios I e II são de sono mais leve e englobam cerca de 50-55% do período de sono; estágios III e IV, sono profundo, sono delta ou sono de ondas lentas e representam cerca de 10% cada um do período de sono. É no sono REM, segundo os mesmos autores, que é mais difícil de acordar um indivíduo, este representa cerca de 20-25% do sono noturno e é o mais reparador.

Mantendo o pensamento de Taylor, Lillis, LeMone e Lynn (2014, pp.1112), normalmente durante um ciclo de sono uma pessoa passa pelos 4 estágios de sono NREM. Uma pessoa inicia o seu ciclo de sono no estágio NREM I e progride até ao estágio NREM IV, posteriormente irá retomar ao estágio NREM III, de seguida entrará no Estágio NREM II e entra no sono REM.

Após a realização do diagnóstico de situação em contexto de estágio identifiquei esta temática como necessidade de grande importância para o bem-estar e segurança da pessoa em situação crítica, não havendo ainda informação sobre a temática no local. Como tal defini duas questões de investigação, nomeadamente: quais os fatores que influenciam o sono, bem como, a identificação de estratégias promotoras do sono da pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos.

2.1 METODOLOGIA

O método de revisão sistemática utilizado foi o de *scoping review*. Para responder às questões de investigação: “Quais os fatores que influenciam o sono na pessoa em situação crítica? Quais as estratégias promotoras do sono a adotar numa Unidade de Cuidados Intensivos?” utilizou-se a estratégia *participants, concept e context (PCC)*, tendo sido incluídos na *scoping review*, estudos que apresentam as seguintes características:

- a. Participantes: Pessoa em situação crítica
- b. Contexto: Unidade de Cuidados Intensivos
- c. Conceito: Sono; Privação de sono.

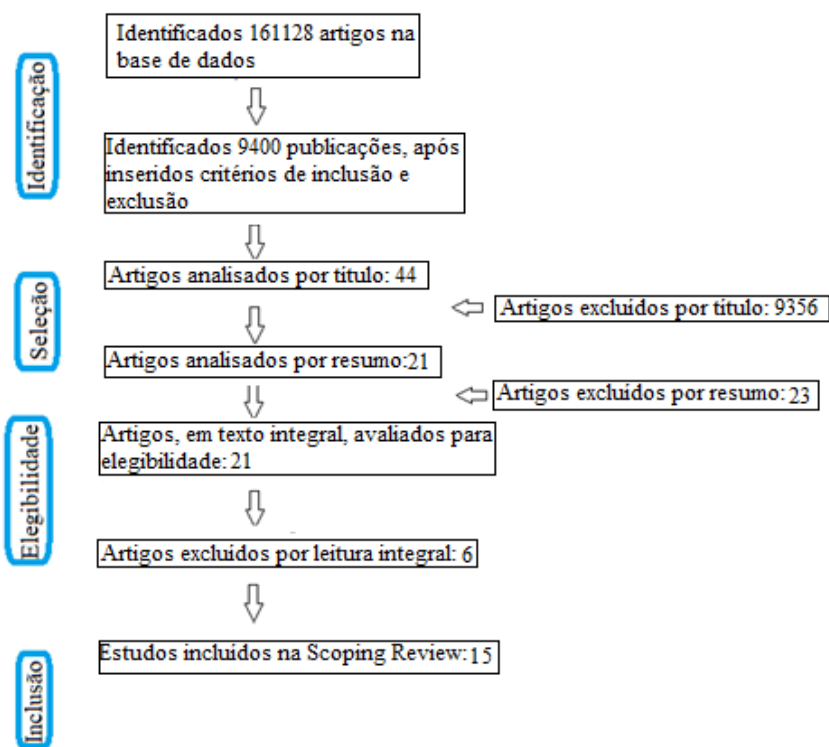
De acordo com os descritores de ciências da saúde o sono é “a suspensão prontamente reversível da interação sensório-motor com o ambiente, geralmente associada à posição reclinada e à imobilidade” e a privação de sono é descrita como sendo um “estado de privação de sono devido a condições experimentais, eventos da vida ou de uma ampla variedade de causas fisiológicas, como efeito de medicamentos, doenças crônicas, enfermidades psiquiátricas ou transtornos do sono”.

Realizada pesquisa dos termos inicialmente no DeCS – Descritores em Ciências da Saúde e posteriormente verificados a sua validade no Mesh – Medical Subject Headings. realizou-se de seguida a pesquisa no dia 11 de novembro de 2022 na base de dados CINAHL complete. A Pesquisa foi operacionalizada através da seguinte estratégia Booleana (“*Sleep Deprivation*” OR “*sleep*” AND “*Critical Illness*” OR “*Critical Ill Patient*” OR “*People in Critical situation*” AND “*Intensive Care Unit*” OR “*Intensive care*” OR “*Critical care*” OR “*ICU*”). Foram incluídos artigos com o idioma em Inglês, Espanhol e Português.

Os critérios de inclusão utilizados foram: adultos com idade superior a 18 anos e as publicações disponíveis em acesso aberto e delimitado num espaço temporal entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de agosto de 2022, devido ao número de publicações encontradas.

2.2 APRESENTAÇÃO DE DADOS

De acordo com a tabela apresentada, a pesquisa identificou 161128 artigos como sendo relevantes para a temática. Após a implementação dos critérios de inclusão e de exclusão, permaneceram 9400 artigos relevantes. Destes, 9356 foram excluídos por título, 21 por resumo e após leitura integral, permanecendo 19 artigos para leitura integral do texto e posteriormente, 15 artigos para inclusão neste estudo.



2.3 EXTRAÇÃO DE DADOS

Realizada tabela pelo revisor, onde se identifica o artigo, os autores, o ano de publicação, o tipo de artigo, as causas e as respectivas estratégias.

	Artigo	Autor	Ano de publicação	Tipo de estudo	Causas	Estratégias
1	El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo	Saldaña, D. M. A.; Colmenares, S. M. R.; Beltrán, L. F. A.	2014	Estudo descritivo	Fatores intrínsecos (sintomas, patologia e fatores psicológicos); fatores extrínsecos nomeadamente condições ambientais (luz e ruído); Intervenções terapêuticas (medicamentosas e não medicamentosas) realizadas durante os cuidados; Administração de morfina, que reduz o período de Sono rem e diminui as fases 3 e 4 do sono, juntamente com os corticoides, Beta bloqueantes e Idade (idosos a quantidade e a qualidade de sono diminui, de maneira que	Não mencionam estratégias.

					demoram mais tempo adormecer e tem mais acordares durante o sono). Patologia seja médica ou cirúrgica causa estados de stress fisiológico e emocional causando medo e ansiedade devido à sensação de ameaça de vida. Tempo de internamento inferior a 24h pode causar alterações na qualidade do sono, pelo facto de os pacientes se encontrarem num ambiente diferente e tendem a questionar-se sobre a sua condição de saúde	
2	Exploring Nurses Sleep Promotion Practices in the Care of Post-Operative Cardiac Surgery Patients	Armstrong, A.C.; Squires, J.E.; Backman, C.; Charlebois, A.; Cooper, C.; Lewis, K.B.	2022	Estudo observacional	Ansiedade. Estímulos ambientais como ruídos, iluminação, posologia medicamentosa e intervenções clínicas regulares. Alterações do padrão habitual do sono.	Desenvolvimento de protocolos de enfermagem direcionados e padronizados que têm em consideração as barreiras e dificuldades identificadas no estudo tais como falta de formação

						<p>direcionada, baixa prioridade em comparação com outras prestações de cuidados e falta de iniciativa por parte das chefias no melhoramento dos cuidados prestados. Sensibilização das chefias para a importância do sono nos cuidados intensivos.</p>
3	<p>Factors contributing to sleep deprivation in a multi disciplinary intensive care unit in South Africa</p>	<p>Ehlers, V. J.; Watson, H.; Moleki, M. M.</p>	2013	<p>Estudo descritivo</p>	<p>Sede e fome. Dor. Funções vesicais e intestinais. Desconforto devido a cateteres urinários, não poderem usar calças, utilizar urinóis/arrastadeiras. Avaliação de pressão arterial por métodos não invasivos que causam desconforto e dor na coluna. Restrições de movimento por dispositivos médicos de diagnóstico ou tratamento como</p>	<p>Os profissionais apresentarem-se aos seus pacientes demonstrando-se disponíveis, simpáticos e respeitadores pelos seus pacientes. Os profissionais de saúde deveriam ter mais tempo para explicar a situação clínica com termos perceptíveis para o paciente e sua família. Relativamente a passagem de informações estas deveriam</p>

				<p>drenos, medicações EV contínuas, monitorização de parâmetros vitais, ventiladores entre outros. Ruído causado por alarmes, outros pacientes aparelhos de aspiração, admissões durante a noite e tosse. Atividades contínuas na ICU. Luzes, temperatura ambiente e cheiros. Stress, ansiedade e preocupações com os seus familiares e a sua condição atual de saúde: diagnóstico, prognóstico, tratamento, finanças, solidão e sonhos perturbadores. Orientação temporal: Dificuldade de distinguir o dia da noite. Ambiente físico da unidade diminuído. Falta de conhecimento sobre os nomes</p>	<p>ser realizadas num local distante dos outros pacientes e incluir o respetivo paciente garantindo que o mesmo compreende a sua condição de saúde e tratamento. Proibição de telefones dos profissionais dentro da unidade. Administração de medicação para controlo eficaz da dor. Os profissionais devem verificar se o paciente se encontra com fome ou sede, se necessita do urinol/arrastadeira e que não tenha desconforto em pedi-los e tranquilizá-los sobre os dispositivos médicos à volta da sua unidade. Controlo do ruído, através do ajuste do volume dos alarmes, telefones e televisões. Ter em atenção</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>dos profissionais de saúde e vocabulário médico. Profissionais diferentes do enfermeiro de admissão, por não serem familiares. Presenciarem discussões entre os profissionais de saúde ou sobre outros pacientes. Pacientes não estão atualizados sobre o seu estado de saúde e evolução. Passagens de turno à frente das camas dos pacientes, levando que outros pacientes ou os seus familiares possam ouvir a sua condição de saúde. Falta de privacidade dos pacientes. Proibição no número de visitas. Os pacientes são forçados a utilizar roupas do hospital.</p>	<p>ao ruído da conversa entre os profissionais, a luminosidade na unidade e a presença de janela e relógios que facilitem a distinção entre o dia e a noite. A avaliação da pressão arterial não invasiva deve ser realizada nos intervalos necessários de forma a reduzir o desconforto. Permitir que os pacientes utilizem as suas próprias roupas de noite, as horas de visitas deveriam ser mais flexíveis. Um paciente em fase final de vida deveria ser transferido para um quarto privado de forma a providenciar a privacidade que ele ou os seus familiares necessitam e para reduzir o</p>
--	--	--	--	---	--

						stresse e a ansiedade dos outros pacientes.
4	Factors influencing patients Sleep in the intensive care unit: perceptions of patients and clinical staff	Ding, Q. ; Redeker, N. S. Pisani, M. A.; Yaggi, H. K.; Knauert, M. P.	2017	Estudo exploratório	Ambiente e atividade cotidiana noturna de um serviço de Cuidados Intensivos, Fatores não ambientais como ansiedade e depressão, dor, stresse e ruídos.	Alteração de horários de exames de laboratório. Reduzir a frequência de verificação dos ventiladores em horário noturno, desde que não coloque a segurança do paciente em causa. Redução ou alteração dos testes/diagnósticos feitos em horário noturno. Coordenação das várias equipas/serviços de forma a serem feitas as análises/testes na mesma interrupção noturna. Sensibilização de todo o staff envolvido sobre a importância do sono. Formação na área da importância do sono.

5	Factors that affect sleep quality: perceptions made by patients in the intensive care unit after thoracic surgery	Zhang, L.; Sha, Y.S.; Kong, Q. Q.; Woo, J. A.; Miller, A. R. Li, H. W.; Zhou, L. X. ; Zhou, Y.; Wang, C. L.	2013	Estudo observacional	Fatores ambientais (ruído da prestação de cuidados em horário noturno e vozes de outros pacientes, ambiente pouco familiar/acolhedor)) fatores físicos/fisiopatológicos (Dispneia, dor e sensação de corpo estranho devido a intubação) e fatores psicológicos (preocupação com o valor do tratamento em questão) Vozes dos enfermeiros, preocupações com a gravidade da patologia. Falta da presença de familiares. Passos dos enfermeiros. Depressão. Fadiga	Avaliação objetiva dos elementos perturbadores e facilitadores do sono em cada paciente e tomada de ação correspondente. Ajuste de percepção dos enfermeiros para melhor se adequarem à percepção dos pacientes já que existe uma grande clivagem quanto às justificações para as alterações do sono. Formação e indicações sobre como melhorar a qualidade do sono dependendo das patologias associadas especificamente a cada paciente. Caminhar suavemente nos corredores e áreas sensíveis.
6	Impact of earplugs and eye mask on sleep in critically ill	Demoule, A.; Carreira, S. ; Lavault, S. ;	2017	Estudo experimental	Luz; ruído	Após o efeito de medicação sedativa terminar, o uso de protetores auditivos e oculares

	patients: a prospective randomized study	Pallanca, O. ; Morawiec, E. ; Mayaux, J. ; Arnulf, I.; Similowski, T.				não aumentam a quantidade e a qualidade de sono, mas diminui o número de despertares do paciente e aumenta o tempo de permanência no sono REM, contudo foi identificada uma limitação no estudo sobre a vontade/desconforto do paciente em usar estes dispositivos.
7	Noise in the intensive care unit and its influence on sleep quality: a multicenter observational study in Dutch intensive care units	Simons, K. S.; Verweij, E.; Lemmens, P. M. C.; Jelfs, S.; Park, M. Spronk, P. E. ; Sonneveld, J. P. C.; Feijen, H.M.; Steen, M. S. V. D.; Kohlrausch, A. G.; Boogaard,	2018	Estudo observacional	Número de períodos de recuperação. O ruído presente na unidade de cuidados intensivos. As atividades dos profissionais de saúde. Os dispositivos médicos.	Intervenções para reduzir o ruído do staff e máquinas durante o período noturno. Avaliação da qualidade da construção do edifício e das suas propriedades de insonorização. Modificação dos alarmes e avisos nas salas dos pacientes. Aumento dos

		M.V.D.; Jager, C. P. C.				períodos de sono mais profundo.
8	Qualidade do sono em unidades de terapia intensiva: uma revisão de literatura	Silveira, D. ; Bock, L. F.; Silva, E. F.	2012	Revisão da literatura	Fatores intrínsecos e extrínsecos, impacto individual da doença e da dor, procedimentos médicos e de enfermagem, ventilação mecânica, ambiente da Unidade de Cuidados Intensivos (incluindo ruído), agentes farmacológicos. Complexidade do ambiente do serviço. Barulho do equipamento. Iluminação noturna. Ruídos, conversas e atividade do atendimento dos pacientes. Iluminação noturna. Assincronia paciente-ventilador. Gravidade da doença. Ansiedade, medo, dor. Desconforto do tubo endotraqueal. Incapacidade de comunicação com cuidadores e familiares. Benzodiazepínicos,	Fones de ouvido, modificações comportamentais, absorção do som, uso de tampões. Eliminação do uso desnecessário de medicações sedativas. Redução dos níveis de ruído excessivos. Uso de protetores auriculares. Controle contínuo da dor, redução do uso de medicações que promovem o sono. Tratamento não medicamentoso como massagens relaxantes, musicoterapia. Diminuição dos estímulos ambientais. Promoção do sono ininterrupto. Sincronismo

					opióides, antipsicóticos, corticoides, sedativos, barbitúricos e betabloqueadores, vasopressores. Insónia.	ventilador-paciente. Redução de procedimentos durante o sono. Controle da dor com analgésicos e intervenções não farmacológicas. Diminuição do ruído e iluminação.
9	Sleep as a basic human need in the scenario of a critical patient	Almeida, B.R.S.; Silva, P.B.; Souza, J.M.O.; Magro, M.C.S.	2016	Estudo observacional	Ruído, luminosidade na unidade, medicamentos, uso de ventilação mecânica, intervenções realizadas por profissionais de saúde, condições crônicas pré-existentes, gravidade subjacente à doença atual. Ter medo de morrer, sentir dor, não conseguir adormecer, permanecer com tubos/sondas no nariz ou na boca, estar conectado a tubos/drenos, não ser capaz de se comunicar e não ter controlo de si próprio.	Criação de protocolos de promoção de sono, onde os cuidados de saúde sejam agrupados de maneira a minimizar as interrupções de sono dos pacientes.

10	Sleep deprivation in the intensive care patient	Grimm, J.	2020	Revisão da literatura	<p>Ruído, luminosidade contínua, assincronia entre paciente-ventilador, efeitos de terapêutica e cuidados de saúde frequentes. Doença aguda, dor, fatores psicológicos, pré-existência de problemas de sono, historial de mecanismos de apoio para dormir, fatores respiratórios, camas pouco confortáveis, visitas e odores menos agradáveis.</p>	<p>Criação de protocolo promotor do sono. Reorientar frequentemente o paciente. Providenciar estimulação cognitiva adequada. Colocar relógios digitais na unidade. Minimizar a luz noturna. Minimizar o ruído noturno, colocando alarmes não críticos numa área central e a níveis sonoros razoáveis, providenciar protetores auditivos, implementar horas de <i>quiet time</i> e evitar manutenções desnecessárias durante o período noturno. Providenciar protetores visuais. Promover o acordar do paciente durante os períodos diurnos através da mobilidade, visitas e outras</p>
----	---	-----------	------	-----------------------	--	--

						<p>atividades apropriadas. Iniciar mobilidade precoce. Promover uso de próteses visuais e auditivas quando indicado. Colocar música relaxante uma hora antes de dormirem. Massagens relaxantes. Planificar cuidados de saúde de forma a reduzir os acordares noturnos, por exemplo existem atividades diárias como o banho, tratamentos de feridas, mudar os lençóis da cama, colheitas de sangue, exames durante o dia. Durante o dia expor os pacientes a luz natural através de passeios ou janelas. Reduzir medicações como beta bloqueantes, glucocorticoides,</p>
--	--	--	--	--	--	---

						benzodiazepinas, morfina, barbitúricos, sedativos-hipnóticos e analgésicos e preferir não-benzodiazepinas e anti-histamínicos. Preferenciar o uso de Dexmedetomidina em vez de propofol.
11	Sleep disturbances in critically ill patients in ICU: how much do we know?	Boyko, Y.; Ørding, H.; Jennum, P.	2012	Revisão da literatura	Ruído e fatores ambientais. Atividades de enfermagem. Patologias severas, Ventilação mecânica. Assincronia paciente-ventilador e hiper assistência. Deficiência de melatonina em pacientes com sépsis. Medicação administrada: Haloperidol, norepinefrina epinefrina	Tampões, máscaras de sono. "Ruído Branco" – De acordo com a <i>Sleep Foundation (2023)</i> , o ruído branco refere-se ao “ (...) ruído que contém todas as frequências do espectro de ruído audível”. Massagens e exercícios de relaxamento.
12	Sleep Quality of Patients Hospitalized in the Coronary Intensive	Cicek, H. S.; Armutcu, B.; Dizer, B.; Yava,	2014	Estudo descritivo	Luminosidade, temperatura, ruído, odores desagradáveis, equipamentos diferentes do domicílio, intervenções de	Providenciar headphones, protetores auditivos ou "mascarar" o som e alterar comportamentos ou utilizar

Care Unit and the Affecting Factors	A.; Tosun, N.; Celik, T.			<p>enfermagem, intervenções invasivas. Dor, perda de atividade física, tratamento médico, gravidade da doença, medo da morte, sedação, fatores que libertam melatonina (sépsis, luzes, ventilação mecânica, benzodiazepinas, agentes adrenérgicos, Beta bloqueantes, opiáceos), perda de privacidade e permanecer longe dos seus familiares. Colheita de amostras de sangue para análise durante o período noturno.</p>	<p>métodos de absorção sonora. Ajustar os cuidados de forma a realizar cuidados como colheita de análises durante o período diurno. As atividades de enfermagem, como a avaliação da pressão arterial deve ser realizada sem ser no período noturno. A monitorização dos sinais vitais e testes de diagnóstico deveriam ser realizados no período diurno de forma a não interromper o período de sono do paciente. Tranquilizar os pacientes, controlar a dor e controlar o uso de sedativos pode ajudar na qualidade do sono. Providenciar períodos de repouso diurno aos pacientes, principalmente</p>
-------------------------------------	--------------------------	--	--	---	--

						aqueles que não conseguiram descansar durante a noite. Alteração e coordenação de tempos de visitas, procedimentos médicos e intervenções hospitalares de modo a maximizar o tempo de descanso contínuo.
13	The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients	Rompaey, B.V.; Elseviers, M.M.; Drom, W.V.; Fromont, V.; Jorens, P.G.	2012	Estudo experimental	Ruído, alterações cognitivas, delírio, confusão, idade, hábitos tabágicos, severidade da doença	Utilização de tampões auditivos. Alterações estruturais e arquitetônicas, como por exemplo a nível de isolamento sonoro, existência de janelas na unidade que permitam diferenciar o período diurno/noturno ou a implementação de luzes de baixa intensidade. Alterações dos hábitos dos profissionais de saúde.

14	The effects of aromatherapy on intensive care unit patients' stress and sleep quality: a nonrandomised controlled trial	Cho, E.H.; Lee, M.Y.; Hur, M.H.	2017	Estudo experimental	Stress, instabilidade emocional, alterações de perfil tensional, ansiedade.	Aromaterapia de forma a melhorar a qualidade do sono e melhoramento do sistema imunológico. Incenso/aroma de lavanda
15	The effects of earplug on perception of sleep in patients of coronary care unit educators	Mashayekhi, F.; Arab, M.; Abazari, F.; Rafati, F.; Rafiei H.	2013	Estudo experimental	Ruido. luminosidade.	Medicação indutora do sono. Medidas não farmacológicas. Desligar luzes desnecessárias. Utilizar lâmpadas de baixa intensidade. Diminuir o volume dos alarmes. Colocar os telefones no silêncio ou diminuir o volume do alarme. Providenciar protetores auditivos e visuais.

2.4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Esta *Scoping Review* tem como objetivo mapear e sintetizar estudos que demonstrem a melhor evidência sobre os fatores que influenciam o sono na pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos e sobre as estratégias promotoras do sono no cuidado à Pessoa adulta em situação crítica numa Unidade de Cuidados intensivos, sendo que para isso foram incluídos 15 estudos para aprofundar esta temática.

O estudo n.º 1 de Saldaña, D. M. A.; Colmenares, S. M. R.; Beltrán, L. F. A. identifica que os fatores que influenciam o sono são os fatores intrínsecos como os sintomas da patologia, fatores psicológicos e a idade, visto que nos utentes com mais idade, a quantidade e a qualidade de sono diminui, de maneira que demoram mais tempo a adormecer e têm mais despertares durante o período noturno. Nos fatores intrínsecos reforçam ainda a importância da patologia, visto que independentemente de ser de origem médica ou cirúrgica, causam estados de stresse fisiológico e emocional, causando medo e ansiedade devido à sensação de ameaça de vida e os fatores externos, nomeadamente condições ambientais (luz e ruído), intervenções terapêuticas (medicamentosas e não medicamentosas) realizadas durante os cuidados, bem como a utilização de determinados fármacos como a morfina, que reduzem o período de Sono REM e diminuem as fases 3 e 4 do sono, juntamente com os corticoides ou beta bloqueantes. Reforçam também a importância do tempo de internamento, sendo que, sendo inferior a 24h pode causar alterações na qualidade do sono, uma vez que os pacientes se encontram num ambiente diferente e tendem a questionar-se mais sobre a sua condição de saúde. Este estudo não mencionou estratégias a adotar para promover o sono na pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos.

O estudo n.º 2 de Armstrong, A.C.; Squires, J.E.; Backman, C.; Charlebois, A.; Cooper, C.; Lewis, K.B. identifica como principais fatores perturbadores, a alteração de hábitos de sono, a ansiedade experienciada pela pessoa, os estímulos ambientais como os ruídos e a iluminação, a posologia medicamentosa e as intervenções clínicas regulares que interrompem o período noturno e identifica como principal estratégia promotora o desenvolvimento de protocolos de enfermagem direcionados e padronizados para a

promoção de sono na pessoa em situação crítica, que deverão ter em consideração as barreiras e dificuldades identificadas no estudo tais como falta de formação direcionada, baixa prioridade em comparação com outras prestações de cuidados e a falta de iniciativa por parte das chefias. Reforçam a importância da sensibilização das chefias para a importância do sono nos cuidados intensivos e incentivam a independência na tomada de decisão sobre o bem-estar dos pacientes.

O estudo n.º 3 de Ehlers, V. J.; Watson, H.; Moleki, M. M. identificou como fatores que perturbam o sono a existência de sede/fome, bem como a existência de dor não controlada, as necessidades vesicais/intestinais devido ao desconforto pelos cateteres urinários, serem obrigados a usar roupa de hospital ou terem de utilizar urinóis/arrastadeiras. Para além destes fatores mencionaram os métodos de avaliação de parâmetros não invasivos como a pressão arterial e as restrições de movimento devido aos dispositivos médicos de diagnóstico ou tratamento como drenos, medicações endovenosas contínuas e a existência de equipamentos médicos como ventiladores, entre outros. No que diz respeito aos fatores extrínsecos mencionou-se o ruído causado por alarmes, outros pacientes, aparelhos de aspiração, admissões durante a noite e a tosse, bem como as atividades contínuas na unidade de cuidados intensivos, a luminosidade, a temperatura ambiente, cheiros e a diminuição do espaço da unidade. No que diz respeito aos fatores intrínsecos mencionou-se também o stress, a ansiedade, as preocupações para com os seus familiares e a sua condição atual de saúde: diagnóstico, prognóstico, tratamento, finanças, solidão, sonhos perturbadores e também a questão de orientação temporal como a dificuldade de distinguir o dia da noite. Numa questão mais social mencionou-se a falta de conhecimento sobre os nomes dos profissionais de saúde, bem como a dificuldade de compreensão do vocabulário médico, a existência de profissionais diferentes do enfermeiro de admissão, ao longo do internamento, presenciarem discussões entre os profissionais de saúde ou sobre outros pacientes, a falta de informação dos pacientes sobre o seu estado de saúde e evolução. No que diz respeito às questões de logística salientaram-se as passagens de turno à frente das camas dos pacientes, possibilitando que outros pacientes ou os seus familiares possam ouvir a sua condição de saúde, a falta de privacidade dos pacientes, a proibição no número de visitas, intensificado durante a pandemia ocorrida nos últimos anos. Identificaram como estratégias a apresentação dos profissionais aos seus pacientes demonstrando-se disponíveis, simpáticos e respeitadores bem como demonstrarem-se atentos e disponíveis durante a prestação de cuidados e oferecerem-se para explicar a situação clínica com termos perceptíveis para o

paciente e para sua família. Relativamente à passagem de informações estas deveriam ser realizadas num local distante dos outros pacientes e incluir o respetivo paciente no possível, garantindo que o mesmo compreende a sua condição de saúde e tratamento. Numa questão direcionada aos profissionais mencionam a proibição de telefones na unidade.

Relativamente às intervenções relacionadas com os cuidados, enfatizam a administração de medicação para controlo eficaz da dor, a verificação das necessidades do paciente, nomeadamente se tem fome/sede ou se necessita do urinol/arrastadeira e garantir que não tem desconforto em solicitá-los, bem como realizar a avaliação da pressão arterial não invasiva nos intervalos necessários para reduzir o desconforto sem colocar em causa a segurança do doente, tranquilizá-los sobre os dispositivos médicos à volta da sua unidade e permitir a utilização de roupas do domicílio dos pacientes durante o período noturno. A nível organizacional mencionam que as horas de visitas deveriam ser mais flexíveis e em situações específicas como no caso de um paciente em fase final de vida. O mesmo deveria ser transferido para um quarto privado para providenciar a privacidade que a pessoa ou os seus familiares necessitam e para reduzir o stresse e ansiedade dos outros utentes. A nível ambiental reforçam o controlo do ruído, através do ajuste do volume dos alarmes, telefones e televisões, bem como as chamadas de atenção para o ruído da conversa entre os profissionais, a luminosidade na unidade e a presença de janelas e relógios que facilitem a distinção entre o dia e a noite.

O estudo n.º 4 de Ding, Q.; Redeker, N. S. Pisani, M. A.; Yaggi, H. K.; Knauert, M. P. menciona como principais fatores o ambiente, o ruído e a atividade quotidiana noturna de uma unidade de cuidados intensivos. A nível de fatores não ambientais identificou-se a ansiedade, a depressão, a dor, o stresse e a perceção da qualidade do sono. Como estratégias foram identificadas, sem colocar em causa a segurança do paciente, a redução da frequência de verificação dos ventiladores em horário noturno, a alteração dos horários de exames de laboratório para o período diurno, sendo que, se não for possível, reforçar a coordenação das várias equipas/serviços de forma a serem feitas as análises/testes na mesma interrupção noturna, bem como a sensibilização do staff envolvido sobre a importância do sono e oferecer formação na área da importância do sono.

O estudo n.º 5 de Zhang, L.; Sha, Y.S.; Kong, Q. Q.; Woo, J. A.; Miller, A. R. Li, H. W.; Zhou, L. X.; Zhou, Y.; Wang, C. L. identifica como fatores ambientais o ruído da prestação de cuidados em horário noturno e as vozes de outros pacientes/profissionais de saúde, o ambiente pouco familiar/acolhedor. A nível de fatores físicos/fisiopatológicos mencionam a dispneia, a dor, a depressão, a fadiga e a sensação de corpo estranho devido à intubação e a nível de fatores psicológicos, a preocupação com o valor do tratamento em questão, preocupações com a gravidade da patologia, a falta da presença de familiares. Como estratégias foram identificadas a avaliação objetiva dos elementos perturbadores e facilitadores do sono em cada paciente e a tomada de ação correspondente, bem como o ajuste da perceção dos enfermeiros para melhor se adequarem à perceção dos pacientes, já que existe uma grande discrepância quanto às justificações para as alterações do sono. Numa questão organizacional sugerem a formação sobre como melhorar a qualidade do sono dependendo das patologias associadas a cada paciente e a nível profissional ter atenção ao ruído durante o andamento nos corredores e áreas sensíveis.

O estudo n.º 6 de Demoule, A.; Carreira, S. Lavault, S.; Pallanca, O.; Morawiec, E.; Mayaux, J.; Arnulf, I.; Similowski, T. identificou como fator perturbador a luminosidade e o ruído. A nível de estratégias foram identificadas o uso de protetores auditivos e oculares após o efeito de medicação sedativa terminar, apesar de não aumentarem a quantidade e a qualidade de sono, diminuem o número de despertares do paciente e aumentam o tempo de permanência no sono REM, tendo em conta a possível limitação do estudo sobre a vontade/desconforto do paciente em usar estes dispositivos

O estudo n.º 7 de Simons, K. S.; Verweij, E.; Lemmens, P. M. C.; Jelfs, S.; Park, M. Spronk, P. E. ; Sonneveld, J. P. C.; Feijen, H.M.; Steen, M. S. V. D.; Kohlrausch, A. G.; Boogaard, M.V.D.; Jager, C. P. C. menciona como principais fatores influenciadores os elevados níveis de ruído, o número de agravamentos de estado clínico, a atividade do staff e os dispositivos médicos. Como estratégias foram identificadas as intervenções para reduzir o ruído do staff e máquinas durante o período noturno tais como a modificação dos alarmes e a sinalização de avisos nas salas de tratamento, o aumento dos períodos de sono profundo e a avaliação da qualidade da construção do edifício e das suas propriedades de insonorização.

O estudo n.º 8 de Silveira, D.; Bock, L. F.; Silva, E. F. identificou como fatores que perturbam o sono fatores intrínsecos e extrínsecos, nomeadamente o impacto individual da doença, os procedimentos médicos e de enfermagem, a ventilação mecânica, o ambiente da Unidade de Cuidados Intensivos incluindo o ruído, as conversas e as atividades do atendimento dos pacientes, que influenciam negativamente o padrão de sono, a complexidade do ambiente, o ruído dos equipamentos médicos, a luminosidade e os agentes farmacológicos, destacando-se os benzodiazepínicos, opióides, antipsicóticos, corticóides, bem como a redução de sedativos, barbitúricos e betabloqueadores e os vasopressores. A nível clínico destaca-se a gravidade da doença, a ansiedade, insónias, o medo e a dor, bem como o desconforto associado aos dispositivos/equipamentos médicos nomeadamente o tubo endotraqueal, as assincronias entre ventilador-paciente e a incapacidade de comunicação com cuidadores e familiares. No que diz respeito às estratégias, mencionam a utilização de fones de ouvido, modificações comportamentais nos profissionais de saúde pelo ruído que originam, a absorção do som a nível estrutural, o uso de tampões e a diminuição da luminosidade. Reforça-se a eliminação do uso desnecessário de medicações sedativas e o correto controlo contínuo da dor bem como a redução do uso de medicações que promovem o sono, implementando os tratamentos não medicamentosos como massagens relaxantes, musicoterapia ou em caso necessidade deve-se optar por um tratamento com Zolpidem. Mencionam ainda a importância da diminuição dos estímulos ambientais, da promoção do sono ininterrupto, do sincronismo ventilador-paciente e da redução de procedimentos durante o sono.

O estudo n.º 9 de Almeida, B.R.S.; Silva, P.B.; Souza, J.M.O.; Magro, M.C.S. identifica como fatores que influenciam o sono o ruído, a luminosidade na unidade, a utilização de determinados fármacos, o uso de ventilação mecânica, as intervenções realizadas por profissionais de saúde, condições crónicas pré-existentes, a gravidade subjacente a doença atual. Fatores psicológicos como ter medo de morrer, sentir dor, não conseguir adormecer, permanecer com tubos/sondas no nariz ou na boca, estar conectado com tubos/drenos, não ser capaz de se comunicar e não ter controlo de si próprio. A nível de estratégias propõem a criação de protocolos de promoção de sono, onde os cuidados de saúde sejam agrupados de maneira a minimizar as interrupções de sono dos pacientes.

O estudo n.º 10 de Grimm, J identifica como fatores que influenciam o sono o ruído, a luminosidade contínua, a assincronia entre paciente-ventilador, os efeitos de terapêutica e os cuidados de saúde frequentes, bem como as complicações da doença, dor, fatores psicológicos, a pré-existência de problemas de sono, o historial de mecanismos de apoio ao sono, fatores respiratórios, a existência de camas pouco confortáveis, a ausência de visitas e a presença de odores menos agradáveis. A nível de estratégias para a promoção do sono na pessoa em situação crítica propõe a criação de protocolos promotores do sono e reforçam a importância de reorientar frequentemente o paciente, providenciar a estimulação cognitiva adequada. A nível ambiental propõem colocar relógios digitais, minimizar a luz noturna e o ruído noturno, colocando alarmes não críticos numa área central e a níveis sonoros razoáveis, providenciar protetores auditivos, implementar horas de *quiet time* e evitar manutenções desnecessárias durante o período noturno, providenciar protetores visuais e promover uso de próteses visuais e auditivas quando indicado. Propõem ainda promover o acordar do paciente durante os períodos diurnos através da mobilidade, visitas e outras atividades apropriadas, iniciar a mobilidade precoce se o estado de saúde do utente o permitir. A nível farmacológico deve evitar-se o uso de benzodiazepinas sempre que possível e não administrar terapêutica preventiva de delírio, reduzir medicações como beta bloqueantes, glucocorticoides, benzodiazepinas, morfina, barbitúricos, sedativos-hipnóticos e analgésicos preferindo não-benzodiazepinas e anti-histamínicos. Nos pacientes sobre o uso de sedativos deve-se priorizar o uso de Dexmedetomidina em vez de propofol. Relativamente às medidas não-farmacológicas deve-se colocar música relaxante uma hora antes de dormirem e realizar massagens relaxantes. No que diz respeito às intervenções durante os cuidados deve-se planificar os cuidados de saúde de forma a reduzir os acordares noturnos, por exemplo existem atividades diárias que devem ser realizadas durante o período diurno, como os cuidados de higiene, tratamentos de feridas, muda de roupa da cama, colheitas de sangue e exames complementares de diagnóstico. Durante o dia, os pacientes deveriam ser expostos à luz natural por exemplo através de janelas ou passeios ao ar livre, desde que não se coloque em risco a segurança da pessoa.

O estudo n.º 11 de Boyko, Y.; Ørding, H.; Jennum, P. identifica como fatores que influenciam o sono, o ruído e outros fatores ambientais tais como as atividades de enfermagem, patologias severas, os modos ventilatórios da ventilação mecânica tal como a assincronia paciente-ventilador e a hiper assistência. Reforça-se ainda a deficiência de melatonina em pacientes com sepsis e por fim, as medicações administradas como o caso do

haloperidol, norepinefrina e epinefrina. As estratégias para a promoção do sono na pessoa em situação crítica passam pela utilização de tampões de ouvidos, o uso de máscaras de sono, a preferência e utilização do “Ruído Branco” e a aplicação de massagens e exercícios de relaxamento.

O estudo n.º 12 de Cicek, H. S.; Armutcu, B.; Dizer, B.; Yava, A.; Tosun, N.; Celik, T. identifica como fatores que influenciam o sono a luminosidade, a temperatura, o ruído, os odores desagradáveis, os equipamentos diferentes do domicílio e as intervenções de enfermagem. Reforçam também os fatores de dor, perda de atividade física, o tratamento médico, a gravidade da doença, o medo da morte, a sedação, os fatores que libertam melatonina (sépsis, luzes, ventilação mecânica, benzodiazepinas, agentes adrenérgicos, beta bloqueantes, opiáceos), a perda de privacidade e a distância permanente dos seus familiares. Reforçam como fatores influenciadores a colheita de amostras de sangue para análise durante o período noturno e identificam a nível de estratégias para a promoção do sono na pessoa em situação crítica, providenciar headphones, protetores auditivos ou estratégias para "mascarar" o som e alterar comportamentos ou utilizar métodos de absorção sonora. Deve-se também ajustar os cuidados de forma a realizar cuidados de rotina como as colheitas de análises durante o período diurno e as atividades de enfermagem, como por exemplo a avaliação da pressão arterial, sem colocar em causa a segurança da pessoa. Promove-se também tentativas de tranquilizar os pacientes nos fatores que possam estar a provocar maior preocupação, controlar a dor e controlar o uso de sedativos pode ajudar na qualidade do sono. Deve-se providenciar períodos de repouso diurno aos pacientes, principalmente para aqueles que não conseguiram descansar durante a noite e realizar alterações/coordenações de tempos de visitas, procedimentos médicos e intervenções hospitalares de modo a maximizar o tempo de descanso contínuo.

O estudo n.º 13 de Rompaey, B.V.; Elseviers, M.M.; Drom, W.V.; Fromont, V.; Jorens, P.G. identifica como fatores que influenciam o sono, o ruído, as alterações cognitivas, o delírio, a confusão, a idade, os hábitos tabágicos e a severidade da doença. A nível de estratégias para a promoção do sono na pessoa em situação crítica, promovem a utilização de tampões auditivos bem como alterações estruturais, arquitetónicas e de hábitos dos profissionais de saúde.

O estudo n.º 14 de Cho, E.H.; Lee, M.Y.; Hur, M.H. identifica como fatores que influenciam o sono o stresse, a instabilidade emocional, a tensão arterial, a irritabilidade, os níveis de ansiedade e as alterações do estado de consciência. A nível de estratégias para a promoção do sono na pessoa em situação crítica, propõem a utilização de aromaterapia de forma a melhorar a qualidade do sono e melhoramento do sistema imunitário, bem como o uso de incenso ou do aroma de lavanda.

Por último, o estudo n.º 15 de Mashayekhi, F.; Arab, M.; Abazari, F.; Rafati, F.; Rafiei H. identifica como fatores que influenciam o sono o ruído e a luminosidade. A nível de estratégias para a promoção do sono na pessoa em situação crítica, promovem a utilização de medicação indutora do sono e de medidas não farmacológicas como desligar luzes desnecessárias, utilizar lâmpadas de baixas intensidade, diminuir o volume dos alarmes, colocar os telefones no silêncio e providenciar protetores auditivos e visuais.

Em suma, cerca de 93% dos estudos, nomeadamente 14 estudos em 15, referem que o sono é afetado por fatores externos nomeadamente, o ruído. Por sua vez, cerca de 73%, 11 estudos em 15, enfatizam a patologia, derivado dos sinais e sintomas que causam e que pode originar stresse, ansiedade ou medo durante o período de permanência nas unidades de cuidados intensivos.

Cerca 66%, 10 em 15 estudos, mencionam a luminosidade como 3º fator que mais afeta o sono na pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos, juntamente com as atividades desenvolvidas pelas equipas multidisciplinares, como administrações medicamentosas, exames complementares de diagnóstico, atuação perante situações de urgência; a luminosidade e a manipulação dos pacientes, como a monitorização de parâmetros. Em 4º lugar com 53% de referência nos estudos, nomeadamente 8 em 15 estudos encontra-se a administração de determinados fármacos como os opióides, os betabloqueantes, as benzodiazepinas, antipsicóticos, os corticóides, os vasopressores, os barbitúricos e os sedativos pelos efeitos negativos que originam na qualidade e quantidade de sono da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos.

Posteriormente com 47% de resultados, 7 em 15 estudos, menciona-se a experiência de dor da pessoa, que não se encontra devidamente tratada.

Com 40% de amostragem, nomeadamente 6 em 15 estudos, verifica-se a necessidade de utilização de ventilação mecânica invasiva pelas assincronias ventilador-paciente e o incorreto ajuste dos parâmetros ventilatórios adequados às necessidades e tolerância do utente. Apenas 33% dos estudos, 5 em 15 estudos, mencionam como fator influenciador do sono a falta de contacto com as famílias.

Em cerca de 27% dos estudos, ou seja 4 em cada 15 estudos, identificam como fator o desconforto causado pelos dispositivos médicos pela sua permanência ou pela sua forma de utilização, como por exemplo as avaliações de pressão arterial por método não invasivo, devido à insuflação da manga de pressão.

Posteriormente com 20% de referência, o que equivale a 3 em 15 estudos, identificou-se odores desagradáveis e com cerca de 13%, nomeadamente 2 em 15 estudos, mencionou-se a idade, o tempo de internamento na unidade, temperatura ambiente, estrutura da unidade e a falta de privacidade do utente, bem como as alterações do padrão normal de sono.

Por último, com 6% de referência nos estudos analisados, nomeadamente 1 em 15 estudos, mencionou-se as necessidades vesicais e intestinais, a sensação de dispneia, a sensação de sede ou fome, a orientação temporal, a existência de discussões entre profissionais ou pacientes, a falta de informações sobre o seu estado de saúde atual e a obrigatoriedade de utilização de vestuário hospitalar.

No que diz respeito às estratégias promotoras do padrão de sono, cerca de 60% dos estudos, nomeadamente 9 em 15, reforçam a diminuição do ruído, sendo que apenas um dos artigos adota a importância do uso de ruído branco, através da utilização de protetores auditivos, desde que não causem desconforto ao paciente; alterações estruturais a nível de isolamento sonoro, redução dos alarmes, entre outros. Com 47% dos estudos, o que corresponde a 7 em 15, mencionam a diminuição da luminosidade através de várias estratégias como o uso de máscaras de sono, a utilização de lâmpadas de baixa intensidade e a preferência de lanternas por parte dos profissionais durante o período noturno.

Cerca de 33% dos estudos, 5 em 15 estudos, reforçam a utilização de medidas não farmacológicas e de relaxamento como a musicoterapia, a aromaterapia e as massagens de relaxamento para promover o sono, bem como a necessidade de criação de protocolos que

uniformize os cuidados prestados à pessoa em situação crítica durante o período de sono, abrangendo a implementação de tempos de silêncio, mais conhecido como Quite Time.

Cerca de 27% dos estudos analisados, referentes a 4 em 15 estudos, encontra-se o ajuste das intervenções durante a prestação de cuidados de saúde, nomeadamente a criação de rotinas, a priorização de cuidados durante o período noturno, o planeamento dos cuidados de enfermagem, a realização de cuidados que sejam mais demorado, como os cuidados de higiene, a realização de tratamentos a feridas, a realização de exames complementares de diagnóstico ou a realização de colheitas de sangue para análise durante o período diurno.

Apresentando 20% de menção nos estudos, nomeadamente 3 em 15 estudos referem a sensibilização das equipas de profissionais de saúde, através de formações sobre a importância da temática e o controlo eficaz da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Com menção de 13% nos estudos, 2 em 15 estudos, mencionam a necessidade de maior disponibilidade por parte dos profissionais de saúde a nível de tempo para oferecer informações aos pacientes, conversas terapêuticas e até mesmo para a prestação de cuidados, bem como a proibição dos dispositivos eletrónicos dos profissionais devido aos alarmes, a existência de horários de visitas, a redução de determinadas medicações que possam influenciar o sono, mencionados anteriormente bem como a utilização de fármacos que promovam o sono.

Por último, com 6% de menção, 1 nos 15 estudos analisados, enfatizam a confirmação da concretização das necessidades do paciente como fome, sede, vesicais e intestinais; a verificação da necessidade dos dispositivos médicos invasivos e não invasivos, a apresentação por parte dos profissionais aos pacientes a quem prestam cuidados, o controlo tensional essencialmente durante o período diurno, a utilização de roupas do domicílio, as passagens de turno devem incluir os respetivos pacientes e serem realizadas longe de outros intervenientes e a avaliação do padrão normal de sono, para que se possa minimizar desde o início do internamento os fatores prejudiciais e manter as rotinas de cada paciente o mais possível.

2.5 Considerações Finais

Em suma, no que diz respeito aos fatores que influenciam o sono durante a prestação de cuidados de saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos, cerca de 93% dos artigos mencionaram o ruído como sendo o principal fator influenciador. Posteriormente identificaram a patologia clínica (73%) que levou ao internamento na unidade. A luminosidade dentro da unidade de cuidados intensivos foi o 3º fator mais abordado, encontrando-se presente em cerca de 66% dos artigos analisados em conjunto com as intervenções de cuidados de saúde (69%), nomeadamente a administração medicamentosa, avaliação de parâmetros vitais, entre outros. Posteriormente, com cerca de 53%, a administração de determinados fármacos como os opióides, os betabloqueantes, as benzodiazepinas, antipsicóticos, os corticóides, os vasopressores, os barbitúricos e os sedativos pelos efeitos negativos que originam na qualidade e quantidade de sono da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos.

Relativamente às estratégias promotoras do sono no cuidado à Pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos, a estratégia mais mencionada, com 60%, foi a redução do ruído, desde os diálogos entre os profissionais, o ruído dos equipamentos médicos até às mais variadas origens. Posteriormente, a literatura reforça a importância da diminuição da luminosidade (47%) e da utilização de medidas não farmacológicas como as massagens, a musicoterapia e a aromaterapia (33%) desde o grupo farmacológico do mesmo até ao horário em que deverá ser administrado.

Tendo em conta a grande complexidade da pessoa em situação crítica, após a análise dos estudos é possível concluir que as estratégias mencionadas podem ser implementadas nos serviços, contudo poderão não ser suficientes ou não ter uma relação de causalidade. Devido a diversos fatores subjetivos que não são possíveis de controlar durante a prática, a melhor solução para a melhoria do sono será promover o conforto da pessoa em situação crítica. Diversos estudos reforçam a importância da sensibilização das equipas multidisciplinares sobre a temática analisada e que se deve dar continuidade à investigação da mesma.

3. Contexto de estágio

“O Centro Hospitalar enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade” (Intranet do Centro Hospitalar), assumindo-se como sendo uma das principais instituições de saúde que prestam serviços assistenciais a nível nacional, com capacidade de resposta em todas as áreas de cuidados, com capital humano diferenciado e com o enfoque na prestação de cuidados efetivos e de qualidade à população.

O Centro Hospitalar é constituído por 50 serviços altamente especializados e diversificados, dirigindo a sua intervenção a um vasto leque de situações de saúde e ainda 17 centros de referência reconhecidos como centros de elevada diferenciação para a prestação de cuidados de saúde a utentes em situações clínicas específicas sendo que a sua área de abrangência é de 218 696 habitantes do concelho de Lisboa e constitui-se ainda como instituição de referência para o atendimento de urgência para 103648 habitantes de outros concelhos arredores (Intranet do Centro Hospitalar).

A medicina intensiva, segundo a Direção Geral de Saúde (2003), é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais e tem como principal objetivo suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, desta maneira, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade.

Quanto ao Serviço de Medicina Intensiva, este é constituído por 3 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI): Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), a Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgica (UCIMC) e Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos (UCIN) e tem como missão promover *“(...) a prestação de Cuidados de Enfermagem de excelência que garanta a total satisfação das necessidades da Pessoa/Família num ambiente humanizado e humanizante promovendo, em simultâneo, o*

desenvolvimento e a satisfação dos profissionais, através da implementação de estratégias de otimização de recursos humanos, de formação contínua e da investigação (...)” (Plano de emergência do Serviço de Medicina Intensiva, pp.7).

Com o objetivo de adquirir o grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizei um estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. A sua estrutura física é composta por 2 salas de *open space*, sendo aí alocadas as 25 unidades de internamento, das quais dois quartos de isolamento para despressurização com acesso por antecâmaras. Atualmente apenas a sala 2 se encontra em funcionamento, sendo a mesma constituída por 12 unidades de internamento e por 2 quartos de isolamento.

As Unidades de internamento têm uma capacidade maximizada, possibilitando um nível de intervenção diferenciada, dispondo de uma equipa multidisciplinar diferenciada.

A zona de apoio encontra-se dividida em 2 pisos, sendo que no piso 1 encontra-se a sala de secretariado, sala de trabalho médico, quarto médico, sala de pausa, copa, sala de desinfeção, duas salas de resíduos, quatro instalações sanitárias e dois vestiários. No piso 2 encontra-se a sala do diretor de serviço, a sala do gestor de enfermagem, sala de secretariado, sala de multimídia, sala de trabalho médico, sala de informações às famílias e duas instalações sanitárias.

Os recursos humanos encontram-se subdivididos em 5 categorias profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos e auxiliares de limpeza.

A Equipa de Enfermagem é constituída por um Enfermeiro Gestor com Especialidade Médico-Cirúrgica e 55 enfermeiros distribuídos em 6 equipas de enfermagem. Destes 55 profissionais, existem 7 profissionais que escolheram como área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Cada equipa é constituída por um chefe de equipa que na ausência do Enfermeiro Gestor tomará as decisões necessárias para manter o normal funcionamento do serviço.

A Medicina Intensiva é “(...) *uma área multidisciplinar 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)*” (Pinho, 2020, pp.5) pelo que deverá ter na sua constituição uma equipa de enfermagem formada e familiarizada com as diversas técnicas utilizadas nestes serviços.

Como mencionado anteriormente o estágio realizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, onde “*a proveniência dos doentes deve ser apreciada com atenção bem como o problema das vagas existentes, da doença subjacente, da importância fundamental e da cirurgia programada (...)*” (Pinheiro, 1994, pp.5). Para o normal funcionamento deste serviço e devido à sua grande complexidade, é necessária a existência de uma equipa altamente diferenciada, onde é preciso ter-se em consideração, segundo Mendes e Ponce, os conhecimentos de cada profissional, a especialidade base do intensivista, bem como a presença contínua do mesmo no serviço e o rácio de enfermeiros (2020, pp.538).

Foi possível observar que existe uma elevada preocupação no que diz respeito ao rácio de Enfermeiro/Utente adequado às necessidades do serviço (Ordem dos Enfermeiros, 2014), nomeadamente, de 1 enfermeiro para 2 doentes, na prestação de cuidados aos doentes de nível II e de 1 enfermeiro para 1 doente na prestação de cuidados aos doentes de nível III.

A avaliação de necessidades dos utentes é realizada através da implementação de escalas, como por exemplo a escala *Nursing Activites Score*, utilizada no serviço que “*pontua as necessidades de cuidados requeridas pelos pacientes em 24 horas, sendo formada por sete grandes categorias em que o score atribuído a um paciente resulta da soma das pontuações dos itens que correspondem às necessidades de assistência direta e indireta dos pacientes*” (Silva & Gaedke, 2019, pp.2), podendo ser utilizada em caso de dúvida como auxílio para a distribuição equitativa das unidades de internamento pelo número de enfermeiros, como para promover a assistência de cuidados segura e de qualidade, tentando assim diminuir a sobrecarga dos enfermeiros.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica é um elemento fulcral neste serviço devido à sua área de intervenção e complexidade. Segundo Pinho (2020 pág. 21), o enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos tem de saber avaliar e monitorizar continuamente o paciente; coordenar, implementar, avaliar e rever os planos de cuidados; administrar vários fármacos em simultâneo e antecipar/prevenir situações que possam afetar negativamente o paciente, havendo assim uma necessidade de priorizar determinadas intervenções. O enfermeiro especialista deve, também, assegurar ensinamentos sobre a manutenção da saúde e orientar o paciente para a continuidade do tratamento, ou seja, possuir os conhecimentos técnicos e práticos para satisfazer as necessidades dos pacientes em situações de risco de vida, o que poderá causar um elevado nível de stress nos profissionais.

De forma a conseguir diminuir esses níveis de stresse, a equipa de enfermagem tem como preocupação o bem-estar dos seus profissionais, promovendo um ambiente seguro de partilha de opiniões, dúvidas e de novos conhecimentos, através de formações e de reuniões, tornando-se num espaço de reflexão, troca de opiniões e de partilha de conhecimentos, promovendo assim a evolução dos cuidados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica é reconhecido como sendo um elemento importante para uma prática segura da profissão, ele procura dar os níveis de satisfação mais elevados da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Para tal, a Ordem dos Enfermeiros identifica sete categorias que descrevem os Cuidados de Enfermagem Especializados em Pessoa em Situação Crítica: satisfação do paciente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Durante a concretização deste estágio foi possível observar que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica deste serviço se encontram sensibilizados para garantirem cuidados de enfermagem de excelência adequados às necessidades dos seus pacientes num sublinhado às suas competências específicas, mantendo assim uma prática baseada na mais atual evidência, segura e de qualidade durante a prestação de cuidados de enfermagem aos seus pacientes e família.

4. Reflexão sobre as competências desenvolvidas

No início deste percurso acadêmico realizei um estágio denominado de vigilância e decisão clínica, realizado no contexto de urgência. Neste estágio, para além do desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, foquei-me no processo de compreensão da tomada de decisão do Enfermeiro em contexto de urgência/emergência. Durante este processo compreendi a importância dos 3 saberes, que contribuem para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência: saber-saber, saber-fazer e por último o saber-estar, inerentes à prática de enfermagem e adquirido através da prática, informação e conhecimento pessoal. Para além do desenvolvimento destes conhecimentos, foquei-me no Processo de Tomada de Decisão, no que diz respeito às diversas etapas necessárias de realizar até chegarmos a uma decisão final, bem como as dificuldades que o enfermeiro ultrapassa durante este processo e como poderia melhorar a minha tomada de decisão. No final deste estágio pude compreender as necessidades da pessoa em situação crítica, bem como adquirir uma visão mais global e centrada na pessoa, que acrescentando a aprofundação dos 3 tipos de saber e do processo de tomada de decisão, aprendi a agir e a ultrapassar novas situações que me fizeram evoluir enquanto Enfermeira de cuidados gerais e futura mestre e especialista em Enfermagem.

Neste capítulo irei abordar os objetivos específicos que defini no presente estágio que fundamenta este relatório de acordo com os termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros e posteriormente irei abordar e fundamentar as diversas competências comuns do Enfermeiro Especialista e as diferentes Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Objetivos específicos do estágio

“Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos” e “Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem na área da manutenção do

equilíbrio sensorial do doente adulto em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos”

Segundo Hedbeen (2001, pp.73) “*A formação não produz competências, produz aquisição de informação, capacidades, conhecimentos que, posteriormente, se transformarão em competências*”. Com base nesta citação, iniciei este processo de aprendizagem por adquirir conhecimento sobre a estrutura física e dinâmica organizacional, bem como das normas e protocolos existentes no serviço, de forma a conseguir compreender e ajustar-me às suas dinâmicas e à equipa com quem trabalhei.

Ao longo deste estágio pude compreender a grande complexidade da pessoa em situação crítica que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008, pp.19362) “*... 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*”.

Neste processo formativo, aprofundi o meu conhecimento sobre diversas técnicas de tratamento (Exemplo: Técnica de Substituição Renal Contínua, Oxigenação por Membrana Extracorporal, Ventilação Mecânica) e de monitorização (Exemplo: Pressão intra-abdominal, Pressão Venosa Central, *Pulse Contour Cardiac Output*) da pessoa em situação crítica bem como a capacidade de antecipação e de visualização do paciente num todo, tentando antecipar as minhas ações e possíveis fatores de agravamento clínico, antes do paciente entrar num quadro de descompensação clínica.

Como a aquisição de competências é adquirida também através de informação, procurei fundamentar o meu conhecimento com base na mais recente evidência e tentei promover a discussão de conhecimento com a enfermeira orientadora não só sobre a prática, mas também sobre as competências intrínsecas do enfermeiro especialista, a nível ético, científico, técnico e relacional.

Além disso, tive o privilégio de colaborar nos cuidados com diversos Enfermeiros Especialistas tanto na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, como na área da Enfermagem de Reabilitação, permitindo-me compreender e aprender o processo evolutivo da pessoa em situação crítica através da partilha de informações durante as passagens de turno, de forma a criarmos em equipa um plano de cuidados diversificado, com mais benefícios para o paciente.

Consegui progredir ao longo deste estágio de forma a sentir segurança durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados e assim, ser capaz de responder às

necessidades dos pacientes, a quem tive a possibilidade de prestar cuidados especializados de forma autónoma.

Parafraseando Hammerschmid, Clifton e Meador (2001, pp.313) em Enfermagem não existe a perfeição, mas sim a excelência. Todos temos receio de vir a cometer erros que possam ser prejudiciais para o paciente e sua família, daí a importância de termos um elemento de referência nestes locais, apesar de já sermos Enfermeiros Generalistas. Por esse motivo, é de grande importância que trabalhemos numa equipa multidisciplinar e que, em momentos de dúvida, procuremos esclarecimento/orientações, para que não se coloque em risco a segurança da pessoa em situação crítica e a qualidade de cuidados prestados.

A nível relacional, foi necessária uma maior disponibilidade da minha parte do que aquela que tenho experienciado até agora enquanto Enfermeira. *“A comunicação não verbal é uma troca sem palavras. Ela cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado.”* *“Podemos também dizer que a carne pensa e que o corpo fala mesmo quando a boca se cala.”* (Phaneuf, 2005, pp.68).

Devido à grande complexidade da Pessoa em Situação Crítica foi necessário aumentar as minhas capacidades de procura de sinais de desconforto do paciente, através de uma observação mais detalhada, comunicação verbal, apesar de não obter resposta em determinadas situações, e a aplicação de escalas como a *Behavioral Pain Scale*, sendo esta uma escala utilizada para avaliar a dor em pacientes ventilados mecanicamente e incapazes de referir desconforto de forma verbal.

Uma das áreas em que gostaria de ter desenvolvido mais habilidades diz respeito ao contacto com as famílias, que foi limitada devido à situação pandémica e consequentes questões de segurança pública, mesmo assim tentei criar uma relação com as mesmas durante os breves contactos tentando responder às suas questões e fornecer expectativas realistas.

De forma a dar o meu contributo na qualidade dos cuidados de enfermagem, mais especificamente, na área da manutenção do equilíbrio sensorial do doente adulto em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos, procurei aprofundar o meu conhecimento sobre o equilíbrio sensorial, bem como os fatores que podem influenciar este equilíbrio e como minimizar estes fatores, que se revelaram terem origem em diversas atividades realizadas no âmbito de um Serviço de Medicina Intensiva, daí ter realizado uma *scoping review* sobre a Manutenção do Equilíbrio Sensorial dando ênfase à temática do sono, visto ter encontrado diversas menções de como problemas relacionados com o sono podem interferir neste

equilíbrio, nomeadamente a sobrecarga sensorial, privação sensorial, privação do sono e privação de cuidados culturais e ser um tema atual e necessário de maior aprofundamento na equipa.

Ao longo deste percurso, procurei discutir/refletir com a enfermeira orientadora de estágio os resultados desta pesquisa de forma a sistematizar o meu pensamento, tendo em consequência elaborado um guia *Quiet Time* para que toda a equipa o utilize como um guia orientador e, quando possível, ser instituído como um protocolo no futuro.

No dia 13 de dezembro de 2021 foi realizada uma formação em serviço para os profissionais de saúde, que acabou por ser incluída no plano de formação do mesmo, para dar a conhecer este guia, para esclarecimento de dúvidas e os sensibilizar sobre a temática de forma a poder oferecer o meu contributo para a melhoria dos Cuidados Especializados à Pessoa em Situação Crítica (Apêndice I e II).

Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Focada nas competências comuns do enfermeiro especialista: *“1- As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes: A) 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 (A1); B) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019. Art.5º, pp.4745) foi possível, adquirir conhecimentos teórico-práticos, relacionais e éticos, para desenvolver competências enquanto enfermeira especialista. Deodato (2008, pp.29) diz-nos que a tomada de decisão *“(…) é enquanto processo, que o enfermeiro realiza em diversas etapas sucessivas, com a finalidade de realizar um acto profissional”*, daí que cada ação que realizamos tem por sua vez uma tomada de decisão e temos de ser responsáveis e conhecedores dos direitos dos nossos utentes de forma a tomarmos a decisão mais benéfica para ele. Este processo só é possível após um período de reflexão, tendo por base os princípios éticos e os deveres deontológicos com o objetivo de defender a liberdade e a dignidade da pessoa e do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Ao longo do estágio, preocupei-me constantemente em adotar estratégias com base na relação terapêutica estabelecida com o paciente e participar na tomada de decisão de forma a desenvolver esta competência, pelo que procurei realizar o processo reflexivo até à

decisão final junto da equipa e compreender todas as etapas e possíveis consequências e benefícios destas decisões, bem como, outras opções que poderiam ter sido adotadas e que resultados esperaríamos obter.

“As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes: A) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); B) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2). C) Garante um ambiente terapêutico e seguro(B3).” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp.4745)

“O enfermeiro especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp.4747), ou seja, com base nesta declaração podemos afirmar que o enfermeiro especialista desempenha um papel importante no desenvolvimento e suporte de novas iniciativas.

Com base na evidência científica o enfermeiro especialista realiza uma avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, suportado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, neste caso à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2015) para poder planear e liderar ações/programas de melhoria dos cuidados. De forma a desenvolver esta competência, subsidiada pelo diagnóstico de situação realizado no início do estágio, identifiquei uma necessidade de melhoria dos cuidados relativamente à Manutenção do Equilíbrio Sensorial, daí ter realizado uma pesquisa - *scoping review* - sobre a temática, num sublinhado especial ao sono, conforme mencionado anteriormente nos objetivos do estágio.

Foram promovidas conversas informais com a equipa de forma a poder compreender o seu conhecimento sobre a temática e assim descobri que seria uma temática do interesse dos mesmos. Com a realização desta *Scoping Review*, foi-me possível desenvolver competências de investigação, componente exigido para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Com base na mesma, e em colaboração com a Enfermeira J.C, elaborou-se um guia denominado de *Quiet Time* para ser consultado pela equipa que poderá ser utilizado como um guia orientador para ser instituído como um protocolo no futuro, respondendo assim às necessidades de formação por mim identificadas. Foi também realizada uma formação em serviço para os profissionais de saúde, para dar a conhecer este guia, esclarecimento de dúvidas e sensibilizá-los sobre a temática, visando a oferecer o meu

contributo para a melhoria dos Cuidados Especializados à Pessoa em Situação Crítica neste serviço (Apêndice I e II). Posteriormente realizei ainda a submissão de um poster sobre a temática num seminário (Apêndice III).

“As competências do domínio do desenvolvimento da gestão dos cuidados são as seguintes: A) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde(C1). B) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp. 4745)

“O enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantido a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Ordem dos enfermeiros, 2019 pp. 4748), para que tal aconteça, é necessário que o enfermeiro especialista conheça a dinâmica da equipa, do serviço e que supervisione as tarefas delegadas, bem como a otimização do processo de cuidados a nível da tomada de decisão, encontrando-se disponível, informado e garantindo a continuidade dos cuidados por outros prestadores, só assim poderemos identificar e priorizar os nossos cuidados.

Além disso, foi necessário apreender a localização/designação/objetivo dos materiais no serviço, bem como, por exemplo, dar conhecimento ao enfermeiro coordenador de turno da falta de algum material ou medicamento que pudesse estar em escassez no serviço, para dar continuidade aos cuidados.

“O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.” (Ordem dos enfermeiros, 2019, pp.4748)

No início deste curso, foram-nos ensinadas temáticas sobre diversas áreas que aumentaram o nosso conhecimento e que nos deram novas ferramentas para melhorar a nossa prática. Quando conhecemos os recursos que se encontram à nossa disposição podemos melhorar e personalizar os nossos cuidados. Ter a capacidade de liderar requer segurança, conhecimento e experiência. A minha experiência enquanto Enfermeira resume-se a uma determinada área de saúde, contudo sempre tive interesse em alargar o meu conhecimento a outras áreas, motivo esse que me levou a optar por este percurso.

O contacto com a pessoa em situação crítica neste estágio permitiu-me ganhar segurança nos meus conhecimentos teóricos-práticos-relacionais-éticos e a analisar as situações que me iam aparecendo diariamente, permitindo a melhoria da minha prática e reforçando a minha confiança para me sentir segura em delegar determinadas tarefas.

“As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes: A) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); B) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp.4745)

“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” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pp.4749). Enquanto pessoa só através do autoconhecimento e da introspecção podemos crescer e responder às divergências e desafios que se apresentam e deste modo ultrapassá-las. Enquanto enfermeiros devemos conhecer-nos para conseguir estabelecer uma relação terapêutica com os nossos pacientes.

Ao conhecermo-nos, conseguimos adaptar-nos ao contexto em que estamos inseridos, identificamos as nossas dificuldades e conseguimos encontrar estratégias para as ultrapassar e deste modo promover uma melhoria contínua. A área de enfermagem abrange diversos conhecimentos e o enfermeiro como especialista, deve ser detentor dos mesmos. Ao longo deste percurso foi necessário aprofundar este conhecimento e consolidar outros de forma a poder prestar cuidados de qualidade. Foi necessário estudo autónomo, para tentar manter padrões de conhecimento adequados à nossa especialização e às minhas necessidades, para isso é necessário possuir uma postura proativa e permanecer motivada.

Para saber como atuar perante situações críticas, aprofundei o saber-saber, saber-fazer e saber-estar adquirido no estágio anterior, que tal como referido por Farias MS, Brito LLMS, Santos AS, Guedes MVC, Silva LF e Chaves EMC (2019, pp.2), *“(...) os três tipos de conhecimentos citados contribuíram para o desenvolvimento da Enfermagem como ciência, os quais possibilitam aperfeiçoamento dos cuidados realizados (...)”*.

O saber-saber tem por base o conhecimento científico, que permite que a Enfermagem seja uma ciência. Este saber promoveu a minha autonomia na realização de atividades como na tomada de decisões e realização de determinados procedimentos específicos do serviço. Durante a minha colaboração na prestação de cuidados, constatei que os enfermeiros neste contexto, têm um saber muito abrangente, isto é, sabem de tudo um pouco, tal como é esperado de um enfermeiro especialista em Enfermagem, daí que este tempo de estágio e com a partilha de conhecimento e experiências proporcionadas, foi promotor de grande a aprendizagem.

Para além do saber-saber, existe também o saber-fazer, ou seja, o que fazemos, como fazemos e também porque fazemos, no fundo são as atividades que realizamos. É a junção do conhecimento teórico-ético com a prática. Enfermagem é uma ciência em constante evolução e cabe a nós Enfermeiros, melhorarmos a nossa prática diariamente para prestação dos melhores cuidados aos nossos pacientes, respeitando sempre os seus direitos humanos e para isso estando em constante evolução profissional e também pessoal, chegando assim ao saber-estar.

O saber-estar é fulcral no dia-a-dia de um enfermeiro especialista, só assim nos conhecemos a nós próprios e podemos refletir sobre as nossas limitações e dificuldades e como as ultrapassar. Tendo consciência do conhecimento que falta adquirir, identificamos o que precisamos de melhorar e assim evoluir para cuidar de forma especializada de um paciente no seu todo (dimensões física-emocional-psicológica-espiritual).

Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

“As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica são: 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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp.19359)

“(...) A pessoa em situação crítica é 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp.19362). Ao longo deste estágio uma das primeiras capacidades que tive de adquirir foi a capacidade de avaliação e de monitorização do paciente. Um dos provérbios mais antigos da história portuguesa, citado por Fernando Pessoa, é de que *“mais vale prevenir que remediar”*.

Ao longo da prática do Enfermeiro Especialista, este provérbio encontra-se bastante presente e ainda atual, a antecipação e prevenção de situações que possam levar à

instabilidade do paciente, requerem uma constante atenção por parte do enfermeiro, em especial do Enfermeiro Especialista. Através de meios tecnológicos avançados de monitorização e tratamento, é possível prever e antecipar estas situações de instabilidade e assim, poder resolver antes de acontecerem. Desde uma atenção à monitorização invasiva e não invasiva dos parâmetros vitais do paciente e dos respetivos alarmes, que tenho o cuidado de verificar no início do turno, é possível identificar possíveis situações preocupantes e tentar resolvê-las: por cuidados personalizados e especializados ao paciente ou por ativação de outros profissionais de saúde, como por exemplo a equipa médica.

Em caso de situações emergentes é necessário conhecer os protocolos e as normas instituídas no serviço, para que possamos agir em conformidade e sem colocar os direitos do paciente em causa, o que me permitiu agir de forma rápida, eficaz, segura e em conformidade, fundamental para o desenvolvimento de uma prática de qualidade, em que a segurança do outro tem primordial enfoque.

Outra capacidade que foi necessário aprofundar, devido ao estado clínico da pessoa em situação crítica, foi a compreensão de uma relação terapêutica através da comunicação não-verbal. “(...) *A estas formas de expressão é preciso juntar as respostas do sistema nervoso autónomo que, pela palidez e o corar da pele, a transpiração e a modificação do ritmo respiratório, testemunham também as emoções da pessoa*” (Phaneuf, 2005, pp.68).

Tendo em conta que em certas situações a recuperação das pessoas em situação crítica encontra-se dependente de uma maior coordenação com o tratamento, existe a necessidade de se administrar terapêuticas sedativas, pelo que o paciente não irá comunicar connosco de maneira verbal daí ter sido necessário estar mais atenta a sinais que revelavam que o paciente se encontrava desconfortável ou com dor. A Unidade de Cuidados Intensivos no qual realizei este estágio, tem um leque de escalas de qualidade dos cuidados e de monitorização do paciente, dirigidas à pessoa em situação crítica, que foi necessário compreender e estudar, para conseguir aplicar nos cuidados ao paciente e melhorar os meus cuidados especializados.

A aplicação da *Behavioral Pain Scale* e da *Richmond Agitation Sedation Scale*, foi uma ferramenta de extremo valor para que eu compreendesse e avaliasse o estado de desconforto do paciente, além de outros fatores que se encontram acima mencionados, como a coloração da pele, humidade, alterações do padrão respiratório e do padrão cardíaco, são sinais que aprendi a estar mais desperta e deste modo proporcionar maior conforto ao meu paciente.

Considero ainda importante mencionar que, de forma a podermos oferecer os melhores cuidados ao paciente, o sistema informático utilizado encontra-se em constante atualização e o mesmo possui um conjunto de *check-list* próprias para a pessoa em situação crítica, de forma a garantir que realizamos uma avaliação completa e global do paciente e operacionalizámos com as intervenções básicas necessárias para a monitorização do seu tratamento e evolução do estado clínico.

Outra das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde o seu momento de conceção até à sua aplicabilidade. Felizmente, não houve necessidade de aplicar o Plano de Emergência do Serviço, contudo tive o cuidado de no início do estágio o consultar, estudar e posteriormente procurei debater o mesmo com a Enfermeira J.C.. Para além disso procurei consultar o Plano de Emergência do Centro Hospitalar, de forma a completar as minhas informações, tornando-me mais sensível para a iminência e possibilidade da ocorrência de uma destas situações.

Por fim, também me foi possível evoluir na terceira e última competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, maximizando a prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência de antimicrobianos.

Para além de consultar o Plano Nacional de Controlo e de Resistência a Antimicrobianos, foi adicionalmente necessária uma atenção redobrada da minha parte. “*As infeções mais comuns em cuidados intensivos estão intimamente relacionadas com o plano de tratamento e a necessidade da presença de dispositivos e intervenções invasivas*” (Pinho, 2020, pp.162). O controlo de infeção é dos temas mais abordados nos últimos anos, sendo que as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde possuem uma das maiores taxas de mortalidade nos serviços de cuidados intensivos (Pinho, 2020, pp.162).

É necessário que tenhamos em mente que este controlo é omnipresente no regular funcionamento do serviço, com a etiqueta respiratória e o cumprimento dos 5 momentos para a higienização das mãos. Posteriormente teremos contacto com os nossos pacientes e relembramo-nos destes 5 momentos de higienização e preparamos o nosso ambiente para a preparação e posteriormente administração dos medicamentos injetáveis. Além disso, é necessário que estejamos sensibilizados para a distribuição correta dos resíduos hospitalares que se vão acumulando ao longo da prática.

Tendo em conta a fase pandémica em que nos encontramos, também foi necessário adequar os equipamentos de proteção individual que utilizava com base nas vias de transmissão: contacto, gotículas ou via aérea. Na existência de se isolar algum microrganismo, os quartos de isolamento encontravam-se sinalizados com o respetivo isolamento a adotar e tive o cuidado de garantir o auxílio aos familiares durante a utilização dos equipamentos de proteção individual bem como de informar outros profissionais externos ao serviço, no momento de realização de exames complementares de diagnóstico, qual as medidas de isolamento a adotar. Por sua vez, nas unidades de internamento optou-se sempre por adotar medidas de isolamento de contacto, de forma a prevenir infeções cruzadas.

4. Conclusão

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em situação crítica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Neste relatório, procurei descrever e analisar o meu percurso formativo em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, concorrente para o desenvolvimento de competências de especialista e fundamentar a obtenção do grau académico de mestre e de especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Comecei este relatório com a apresentação do trabalho de investigação, pois esta permite o desenvolvimento e produção de conhecimento numa área específica em estudo, seguida de uma descrição sumária do contexto clínico onde o estágio foi desenvolvido, descrevendo a estrutura e mostrando estar integrada na dinâmica organizacional. Considero importante mencionar que a equipa de profissionais neste local de estágio foi essencial e muito subsidiária ao meu desenvolvimento profissional e pessoal por me proporcionarem diversas oportunidades de aprendizagem, pela partilha de conhecimentos, experiências promotoras de grande evolução, sendo capaz de reconhecer neles profissionalismo, rigor e dedicação no cuidar dos doentes e suas famílias.

Posteriormente fundamentei o meu desenvolvimento e percurso, focada na aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

No final deste estágio em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e deste percurso formativo, posso afirmar que considero ter alcançado os objetivos a que me propus tendo adquirido as competências necessárias para poder prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, porém esta fase não se encontra terminada pois conforme mencionei ao longo deste relatório, a formação contínua é uma das bases para a melhoria dos cuidados de enfermagem, pelo que a obtenção do grau de mestre e de especialista é apenas a concretização de mais uma etapa profissional e académica, estando mais próxima de alcançar o meu objetivo neste percurso, alcançando a excelência em Enfermagem.

5. Referências Bibliográficas

- Almeida, B.R.S., Silva, P.B., Souza, J.M.O., Magro, M.C.S. (2016). Sleep as a basic human need in the scenario of a critical patient. *J Nurs UFPE on line*, **10**, 4494-4500.
- Armstrong, A.C., Squires, J.E., Backman, C., Charlebois, A., Cooper, C., Lewis, K.B. (2022). Exploring Nurses' Sleep Promotion Practices in the Care of Post-Operative Cardiac Surgery Patients. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, **32**,10-18.
- Aromataris E., Munn Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Acedido em 30 de Setembro de 2022. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Boyko, Y., Ørding, H., Jennum, P. (2012). Sleep disturbances in critically ill patients in ICU: how much do we know? *Acta Anaesthesiol Scand*, **56**, 950-958.
- Cho, E.H., Lee, M.Y., Hur, M.H. (2017). The effects of aromatherapy on intensive care unit patients' stress and sleep quality: a nonrandomised controlled trial. *Hindawi Evidence – Based Complementary and Alternative Medicine*.
- Cicek, H. S., Armutcu, B., Dizer, B., Yava, A., Tosun, N., Celik, T. (2014). Sleep Quality of Patients Hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit and the Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences*, **7**, 324-332.
- Clochesy, J. M., Breu, C., Cardin, S., Rudy, E. B., Whittaker, A. A. (1993). *Critical care nursing*. (ISBN 0-7216-2856-7). W. B. Saunders Company.
- Demoule, A., Carreira, S., Lavault, S., Pallanca, O., Morawiec, E., Mayaux, J., Arnulf, I., Similowski, T. (2016). Impact of earplugs and eye mask on sleep in critically ill patients: a prospective randomized study. *Critical Care*, **21**, 284.
- Deodato, S. (2008). Responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade (ISBN 978-972-40-3401-0). Almedina.
- Ding, Q., 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*, **26**, 278-287.
- Direção-Geral da Saúde (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf

- Ehlers, V.J., Watson, H., Moleki, M.M. (2013). Factors contributing to sleep deprivation in a multi-disciplinary intensive care unit in South Africa. *Curationis*, **36**, Art. 72.
- Farias, M.S. & Brito L.L.M.S. & Santos, A.S. & Guedes M.V.C. & Silva L.F. & Chaves E.M.C. (2019). Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*.(23) <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190055> ou em <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1207.pdf>
- Grimm, J. (2020). Sleep deprivation in the intensive care patient. *American Association of Critical- Care Nurses*, **40**, 16-24.
- Hammerschmidt, R. N., Clifton K., Meador, M. D. (2001). *O pequeno livro de regras do enfermeiro* (ISBN 972-95399-6-0). Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar* (ISBN 972-8383-20-7). Lusociência.
- Intranet. <http://intranet/index.php/informacao-institucional/destaques/item/844-chln-duplica-a-sua-capacidade-de-resposta-na-area-de-doentes-criticos>
- Intranet. <http://intranet/index.php/urgencia-e-medicina-intensiva/medicina-intensiva>
- Intranet. <https://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>
- Intranet. Plano de Emergência Interna – Serviço de Medicina Intensiva. UNEIC II – SMI Piso 1.
- Mashayekhi, F., Arab, M., Abazari, F., Rafati, F., Rafiei H. (2013). The effects of earplug on perception of sleep in patients of coronary care unit educators. *Middle east journal of nursing*, **7**.
- Mendes, J. & Ponce, P. (2020). *Manual de Medicina Intensiva* (ISBN 978-989-752-070-9). Lidel.
- Moore, T. (1989, setembro). Privação sensorial nas unidades de cuidados intensivos. *Revista técnica de Enfermagem “Nursing”* (20) (pp. 40-43) (ISSN 0871-6196). Edição Portuguesa.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*.

- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (ISBN 972-8383-84-3). Lusociência.
- Phipps, W., Monahan, F., Sands, J., Nwighbors, M., Marek, J., Green, C. (2007). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Perspectivas de Saúde e Doença* (8and. ed.) (ISBN 978-989-8075-22-2).Lusodidacta.
- Pinheiro, A. (1994). Conceito de Unidade de Cuidados Intensivos. *Acta Médica Portuguesa*, 5-7.
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (ISBN 978-989-752-419-6) Lidel.
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II série, nº26 (06 de Fevereiro). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República. II série, nº123 (26 de julho). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República. II série, nº135 (16 de julho). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento nº 63/2016 do Ministério Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). (Diário da República. I série, nº176 (13 de setembro). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>
- Rompaey, B.V., Elseviers, M.M., Drom, W.V., Fromont, V., Jorens, P.G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, **16**.
- Saldaña, D. M. A., Colmenares, S. M. R., Beltrán, L. F. A. (2014). El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Investing Enferm*, **16**, 49-59.
- Silva, B., Gaedke, M. (2019) Nursing activities score: assessing the load of nursing work in intensive care. *Revista enfermagem atual in derme*, *88(27)*, 1-6.
- Silveira, D., Bock, L. F., Silva, E. F. (2012). Qualidade do sono em unidades de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *Rev enferm UFPE on line*, *6*, 898-905.
- Simons, K. S., Verweij, E., Lemmens, P. M. C., Jelfs, S., Park, M., Spronk, P. E., Sonneveld, J. P. C., Feijen, H.M., Steen, M. S. V. D., Kohlrausch, A. G., Boogaard, M.V.D., Jager, C. P. C. (2018). Noise in the intensive care unit and its influence on sleep quality: a multicenter observational study in Dutch intensive care units. *Critical Care*, *22*, 250.

- Taylor, C. R., Lillis, C., LeMone, P., Lynn, P. (2014). *Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem* (ISBN 97885827106161). Alegre Artmed.
- Tomey, A., Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5and. ed.) (ISBN 972-8383-74-6). Lusociência.
- Universidade Católica Portuguesa (2015). Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional).
- Universidade Católica Portuguesa (2016/2017). *Enfermagem Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano*. Mestrado de natureza profissional.
- Universidade Católica Portuguesa (2017). Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional.
- Zhang, L., Sha, Y.S., Kong, Q. Q., Woo, J. A., Miller, A. R., Li, H. W., Zhou, L. X., Zhou, Y., Wang, C. L. (2013). Factors that affect sleep quality: perceptions made by patients in the intensive care unit after thoracic surgery. *Support Care Cancer*, **21**, 2091-2096.

Apêndices

Apêndice I – Planejamento de sessão Formativa

Formação em Serviço – Plano de Sessão

Área Temática / Tema: Manutenção do Equilíbrio Sensorial – Promoção do Sono

Data: 13/12/2021

Horário: 17:00 – 18:00

Destinatários: Enfermeiros

Tipo de Sessão: Teórica

Objetivo geral: Compreender o significado do conceito “Equilíbrio Sensorial” ;
Conhecer os fatores que influenciam o sono na Pessoa em Situação Crítica; Identificas as principais estratégias promotoras do sono a adotar numa Unidade de Cuidados Intensivos

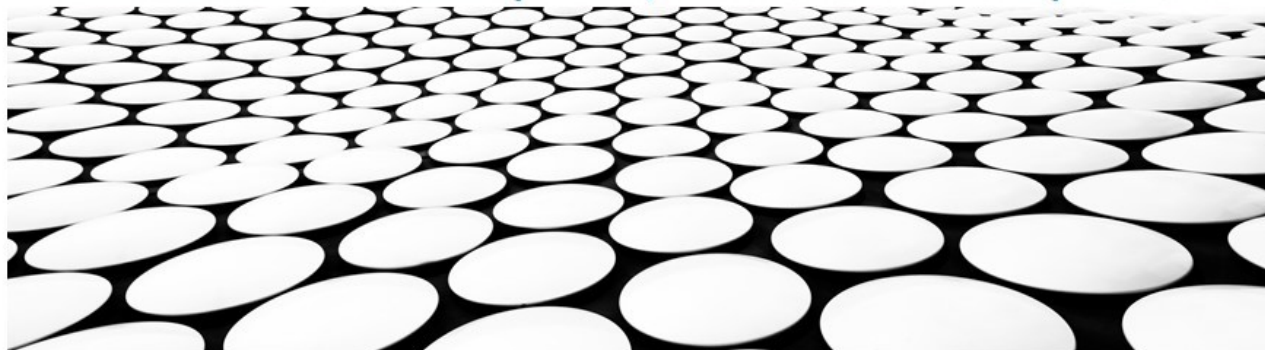
OBJ. ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o conceito de “Equilíbrio Sensorial”; • Identificar os componentes da Experiência Sensorial; • Identificar as alterações sensoriais; • Compreender o conceito de “Sono”; • Conhecer os diferentes estágios do sono; • Identificar os fatores que influenciam o sono na Pessoa em situação crítica • Identificar as estratégias promotoras do sono a adotar numa Unidade de Cuidados Intensivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualização Teórica <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equilíbrio Sensorial: Definição; Componentes da experiência Sensorial: Recepção e Perceção; A importância do Sistema Reticular ativador no equilíbrio sensorial <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sono Definição; Estágios do Sono; Principais características de cada estágio do Sono <ul style="list-style-type: none"> • Metodologia e Estratégia de Pesquisa • Realizada pesquisa em base de dados com os termos: “Sleep Deprivation”; “Sleep”; “Critical Illness”; “Patient”; “Intensive Care Unit” • Extração de dados da pesquisa: • Fatores que influenciam o Sono na Pessoa em Situação Crítica • Estratégias promotoras do sono a adotar numa Unidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de Dúvidas • Feedback dos participantes

	<p>de Cuidados Intensivos</p> <ul style="list-style-type: none">• Guia “Quiet Time”<ul style="list-style-type: none">■ Intervenções terapêuticas farmacológicas, não farmacológicas, ambientais, comportamentais a adotar durante a prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica para promover o Sono.	
--	--	--

Apêndice II – Sessão de Formação

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

OBJETIVO ESPECÍFICO - MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO SENSORIAL: PROMOÇÃO DO SONO



Discente: PATRÍCIA FÉLIX DE MATOS, Nº 192020014

Docente: MARIA MANUELA MADUREIRA MENDES

Enfermeira Orientadora: J. C.

LISBOA, DEZEMBRO 2021

PLANO DA SESSÃO

- Contextualização Teórica
 - Equilíbrio Sensorial
 - Sono
- Metodologia e Estratégia de Pesquisa
- Extração de dados
- Guia “*Quiet Time*”
- Esclarecimento de Dúvidas

03/02/2022

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA



03/02/2022

EQUILÍBRIO SENSORIAL

- Shultz afirma que *“o indivíduo luta para manter um equilíbrio interno, uma variação nos estímulos dirigidos ao córtex cerebral mediados pelo sistema reticular ativador”*. Cujo sistema tem como objetivo *“(...) controlar o nível de atividade do sistema nervoso central, em particular o grau de vigília e a capacidade de concentração.”*
- A experiência sensorial consiste em dois componentes: recepção e percepção.

EXPERIÊNCIA SENSORIAL

Receção Sensorial

Processo de receber dados sobre o ambiente interno ou externo por meio dos sentidos.

Perceção Sensorial

Processo consciente de selecionar, organizar e interpretar os dados dos sentidos em informação significativa

Sistema de Ativação Reticular

Sistema que faz a mediação da excitação. É utilizado na monitorização e na regulação de estímulos sensoriais que chegam e que podem manter, aumentar ou inibir a excitação cortical.

SONO

Definição

Estado de repouso acompanhado por consciência alterada e de relativa inatividade.

Estágio NREM	Estágio REM
Estágio I	Sono REM
Estágio II	
Estágio III	
Estágio IV	

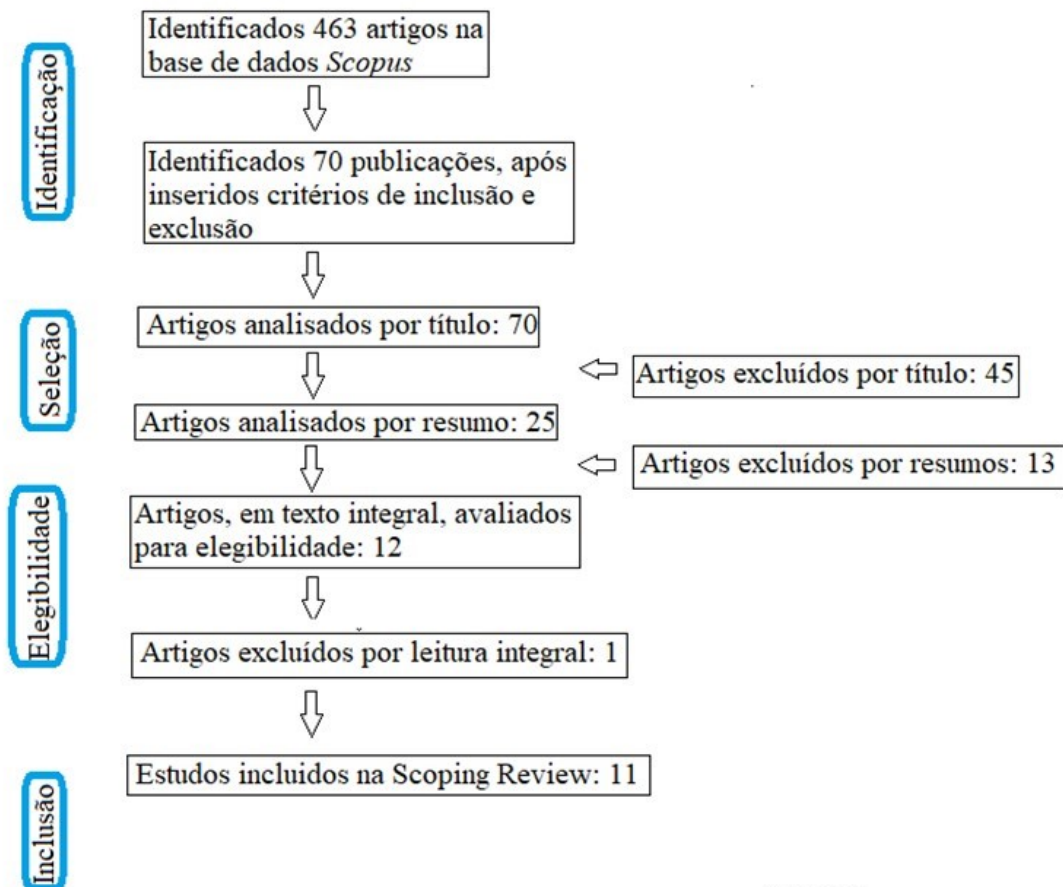
03/02/2022

METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

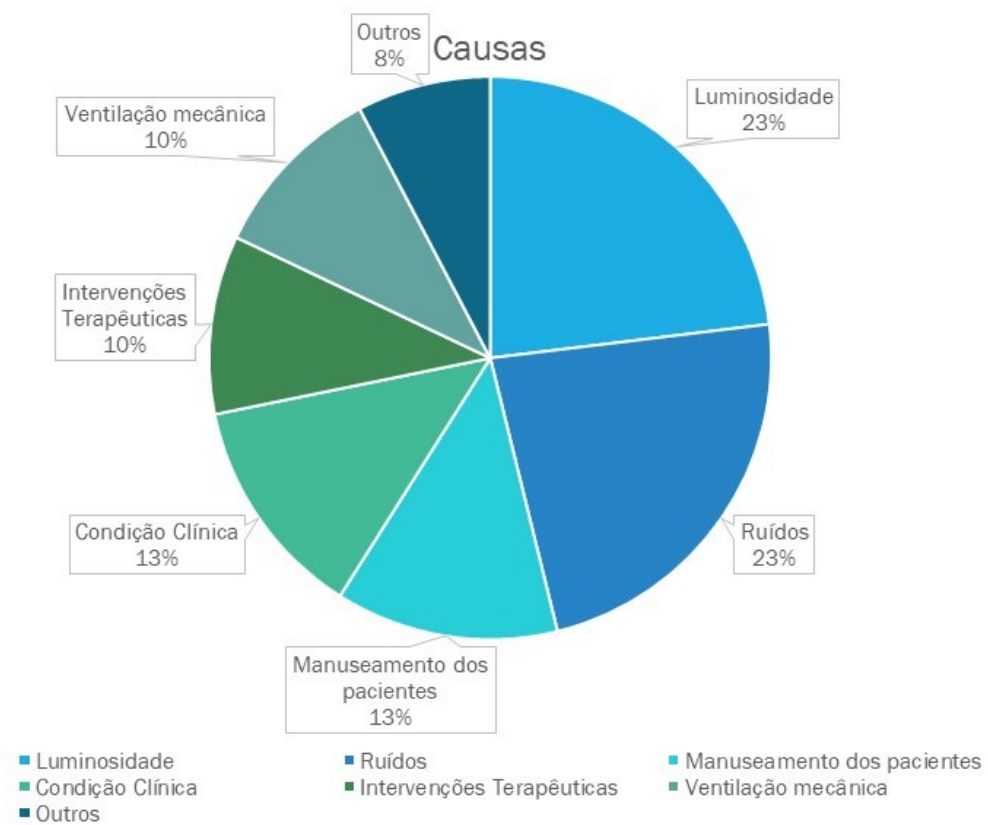
- Questão de investigação: Quais os fatores que influenciam o sono na Pessoa em Situação Crítica e quais as estratégias promotoras a adotar numa Unidade de Cuidados Intensivos.
 - a. Participantes: Pessoa em situação crítica
 - b. Contexto: Unidade de Cuidados Intensivos
 - c. Conceito: Sono; Privação de sono.
- Realizada pesquisa dos termos inicialmente da DeCS – Descritores em Ciências da Saúde e posteriormente verificados a sua validade na Mesh – Medical Subject Headings.
- Termos “*Sleep Deprivation*”; “*Sleep*”; “*Critical Illness*”; “*Patient*”; “*Intensive Care Unit*”.
- Os critérios de inclusão utilizado foram: Adultos com idade superior a 18 anos e que estivessem disponíveis em acesso aberto. Como critérios de exclusão foi delimitado um espaço temporal entre 1 de Janeiro de 2019 e 7 de novembro de 2021 e que o idioma utilizado fosse apenas Inglês e Português.

03/02/2022

EXTRAÇÃO DE DADOS

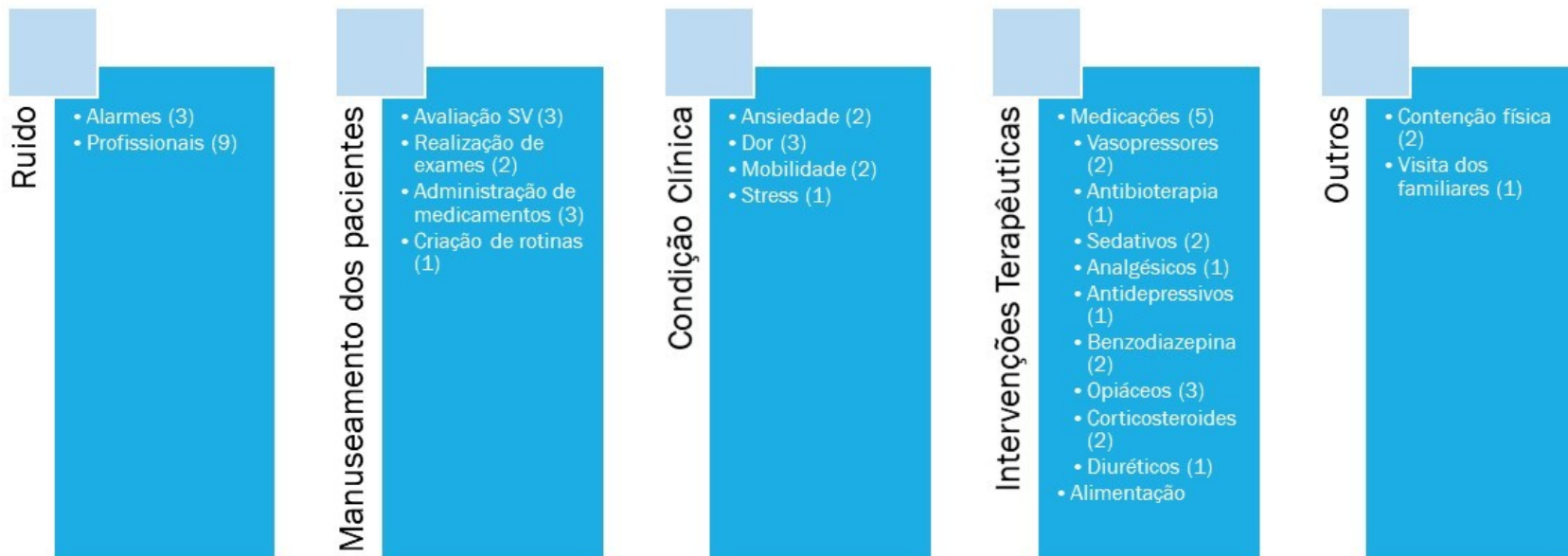


EXTRAÇÃO DE DADOS



03/02/2022

EXTRAÇÃO DE DADOS



03/02/2022

EXTRAÇÃO DE DADOS



03/02/2022

EXTRAÇÃO DE DADOS

Luminosidade

- Máscara facial (6)
- Luz Natural otimizada (3)
- Óculos (1)
- Persianas (1)

Ruído

- Ajuste de alarmes (2)
- Protetores auditivos (7)
- Tempo de sossego (2)
- Diminuição ruído pelas equipas (2)
- Auscultadores (1)

Gestão de cuidados ao paciente

- Redução de exames noturnos não urgentes (5)
- Ajuste de horário de medicação (3)
- Criação de horários de rotinas (4)

Intervenções farmacológicas

- Gestão da dor (2)
- Sedativos (1)
- Analgesia (1)
- Dexmedetomidina (2)
- Melatonina (1)

Outros

- Musicoterapia (3)
- Massagens (2)
- Hipnose (1)

03/02/2022



GUIA “*QUIET TIME*”

03/02/2022

HORÁRIO DIURNO

- A Passagem de turno deverá ser realizada fora da unidade do paciente para que não se aumente a ansiedade do mesmo e deverá ser referenciada a quantidade e se possível, a qualidade do sono, bem como enfatizar o número de interrupções realizadas durante o período noturno.
- Ao longo do dia deverá ser ajustada o nível de luminosidade na unidade, no início do turno de manhã e da tarde deveremos aumentar o nível luminosidade da unidade de acordo com a luz natural que incide na mesma, com objetivo de criar um padrão diurno. Durante o tempo de sossego tardio e durante o tempo de sossego noturno deveremos reduzir o nível de luminosidade sintética o máximo possível e privilegiar, em caso de necessidade de luzes mais ténues.
- No início de cada turno diurno deveremos realizar o ajuste do volume dos alarmes dos monitores, conforme o grau de segurança do profissional.
- No período diurno deverá ser privilegiada e incentivada as alterações terapêuticas a realizar a nível ventilatório e de sedoanalgesia. (A nível ventilatório encontrar o equilíbrio entre o necessário a terapia e o conforto de paciente. A nível de sedoanalgesia encontrar o equilíbrio entre o confortável e o hipersedado.
- A alimentação, se não houver contra-indicação, deverá ser administrada preferencialmente de forma intermitente.
- A Realização de cuidados de higiene, pensos, exames complementares de diagnóstico e técnicas necessárias para continuidade de cuidados deverão ser realizados no turno da manhã antes das 13h e no turno da tarde entre as 17-19h.
- O horário das visitas deverá ser, preferencialmente, fora do tempo de sossego. Caso esta situação não ocorra deveremos pedir para que tenham em atenção o ruído que causam para que não disturbem o descanso dos outros pacientes.
- Após o período de almoço o posicionamento do paciente deverá ser aquele que oferecer maior conforto para o mesmo ou num decúbito que permita um período de sono, tendo em conta a sua situação clínica..
- Após este posicionamento deveremos então diminuir o nível da luminosidade das luzes sintéticas/naturais e do volume dos alarmes, para iniciar o “ tempo de sossego tardio”.

03/02/2022

TEMPO DE SOSSEGO

- No início do turno da noite deveremos ajustar o nível de luminosidade da unidade mantendo a luminosidade necessária para a prestação de cuidados. Privilegiar o uso de luzes mais ténus e manter as luzes necessárias para a continuidade dos cuidados.
- Diminuir o nível do volume dos alarmes . (Ex: 30%)
- Ponderar as interrupções realizadas. Se necessário, realizar briefing entre a equipa para ponderar a necessidade das intervenções durante este período.
- De acordo com a estabilidade do paciente, deveremos avaliar os horários das intervenções e medicações que podem ser adiadas para horários mais aceitáveis e que permitam o manter o ritmo circadiano do paciente.

ASPECTOS A TER EM CONSIDERAÇÃO

- No momento de admissão, tentar compreender quais as rotinas de sono do paciente. Ex: qual o lado preferencial, quantas horas costuma dormir, a partir de que horário costuma adormecer, luzes habituais, ruído ambiental etc. .
- Durante o período de sono, deve-se minimizar o ruído, a luminosidade e adequar a temperatura do ambiente. Deve-se criar um ambiente minimamente sensorial para o doente.
- Diminuir o ruído entre a equipa de profissionais durante este período.
- Sugerir aos pacientes que coloquem o telefone no silêncio ou que se desligue durante o período noturno e durante o “tempo de sossego”.
- Permitir que exista pelo menos um sono de 2h sem interrupções.
- Explicar aos visitantes que se encontram no momento de “tempo de sossego” no serviço e por isso deverão tentar não perturbar os outros pacientes.
- Se possível pedir aos pacientes para que quando realizem videochamadas/chamadas permaneçam com auscultadores.

03/02/2022

SENSIBILIZAÇÃO DOS RESTANTES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Diminuição do ruído da unidade: conversações, movimentação de materiais, portas, monitores, etc.
- Realização de ajustes ventilatórios durante o período diurno: necessidade terapêutica vs conforto do paciente.
- Realização de ajuste da sedoanalgesia durante o período diurno.
- Ajuste de horários de medicação.
- Melhor comunicação entre equipa sobre o sono do paciente.

03/02/2022

Q *u* *i* *e* *t* *T* *i* *m* *e*

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

03/02/2022

BIBLIOGRAFIA E WEBGRAFIA

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003 – 72 p. ISBN: 972-675-097-0 site: [j006185.pdf\(dsa.pt\)](#)
- Conceito de unidade de Cuidados Intensivos – Editorial - Acta Médica Portuguesa (1994) 7: 5-7 site: [www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2822/2210](#)
- Critical care nursing, W. B. Saunders Company, John M. Clochasy ISBN 0-7216-2856-7, 1993 – p. 13 - 20
- Taylor, Lillia, LeMone, Lynn - Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem – Porto Alegre Artmed (2014) ISBN 97885827106161, p. 1110-1132; 1606-1620
- Tina Moore, Revista técnica de Enfermagem "Nursing" Edição Portuguesa, Set 1989, nº20, p.40-43
- Practices for promoting sleep in intensive care units in Brazil: A national survey (2020) Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 32 (2), pp. 268-276.
- Associations between stressors and difficulty sleeping in critically ill patients admitted to the intensive care unit: A cohort study (2020) BMC Health Services Research, 20 (1), art. no. 631.
- Pilot study: An intensive care unit sleep promotion protocol (2019) BMJ Open Respiratory Research, 6 (1), art. no. e000411.
- Effect of nighttime earplugs and eye masks on sleep quality in intensive care unit patients (2020) Indian Journal of Critical Care Medicine, 24 (1), pp. 5-10.
- Factors contributing to poor sleep in critically ill patients: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies (2021) Intensive and Critical Care Nursing, 67, art. no. 103108.
- Circadian Disruption in Critical Illness (2020) Frontiers in Neurology, 11, art. no. 820.
- Abnormal Sleep, Circadian Rhythm Disruption, and Delirium in the ICU: Are They Related? (2020) Frontiers in Neurology, 11, art. no. 549908.
- Impact of Sleep Deprivation in the Neurological Intensive Care Unit: A Narrative Review (2020) Neurocritical Care, 32 (2), pp. 596-608.
- Light Levels in ICU Patient Rooms: Dimming of Daytime Light in Occupied Rooms (2021) Journal of Patient Experience, 8.
- Sleep and Circadian Rhythm in Critical Illness (2019) Critical Care, 23 (1), art. no. 82.
- Validation of a multidisciplinary care protocol for critically ill patients with delirium (2020) Revista gaucha de enfermagem, 41, p. e20190165.

03/02/2022

Apêndice III – Certificado de apresentação de Poster



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

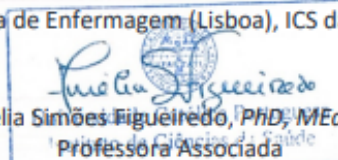
CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Patrícia Félix de Matos**, Prof. **Dra. Isabel Rabiais**, Prof. **Dra. Manuela Madureira** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 41 com o tema *Estratégias promotoras do Sono na Pessoa em situação crítica: Scoping review* no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus da Palma de Cima*, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Associada





V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

- Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
- Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
- Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 –INTERVALO

11:00 – Conferencia: "A Influência do Nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

- Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
- Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
- Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Caniçali Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

- Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
- Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
- Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL

