



CATOLICA
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

**O DESPERTAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA**

**THE AWAKENING OF THE PERSON IN CRITICAL SITUATION UNDER
INVASIVE MECHANICAL VENTILATION**

Por

Jéssica Alexandra Dias Guêtas

Lisboa, 2022



CATOLICA
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

**O DESPERTAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA**

**THE AWAKENING OF THE PERSON IN CRITICAL SITUATION UNDER
INVASIVE MECHANICAL VENTILATION**

Por

Jéssica Alexandra Dias Guêtas

Sob a orientação de Prof^ª. Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2022

Quando a circunstância é boa, devemos desfrutá-la; quando não é favorável devemos transformá-la e quando não pode ser transformada, devemos transformar a nós mesmos.

Viktor Frankl

Agradecimentos

Durante este meu percurso foram várias as pessoas que fizeram parte dele e que contribuíram, cada uma à sua maneira, para o meu desenvolvimento como Pessoa e como Enfermeira.

Neste sentido, quero agradecer à Prof. Doutora Filipa Veludo pela orientação, dedicação, simpatia, disponibilidade, paciência, motivação e por ter acreditado em mim e não me ter deixado desistir perante as dificuldades que fui sentindo ao longo deste percurso. Nunca me esquecerei o que fez por mim.

À minha colega Sónia, pela partilha, apoio, disponibilidade e sobretudo pela amizade, sem ela este percurso não teria sido o mesmo.

Aos meus colegas de trabalho pela ajuda e compreensão.

À Enfermeira Alice e ao Enfermeiro Miguel pela orientação, partilha de conhecimentos e incentivo durante o meu período de estágio.

À minha Família, pelo carinho, motivação, apoio e por terem sempre acreditado em mim.

Ao Raúl, pela paciência, dedicação, disponibilidade, amizade, carinho, amor e por ser o meu porto de abrigo quando eu mais precisava.

Sem vocês, nunca teria conseguido alcançar este meu objetivo de vida.

Muito Obrigada.

Resumo

O presente relatório de Estágio visa demonstrar o meu percurso ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O seu objetivo consiste na comunicação dos resultados da aprendizagem clínica e da investigação realizada ao longo do percurso, através da reflexão crítica e fundamentada de situações que vivenciei que evidenciam a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

Durante este meu percurso deparei-me com uma situação problema, que consistiu no défice de conhecimentos das equipas de enfermagem relativamente às intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa sob ventilação mecânica invasiva. Face a isto, considerei pertinente realizar uma Revisão Sistemática de Literatura de evidência de eficácia com o objetivo de identificar, na literatura científica, os estudos de natureza experimental com intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva e a sua eficácia. Esta revisão foi realizada segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* e foram selecionados 8 estudos que identificaram a musicoterapia, a escuta de som baseada na natureza, a aromaterapia, a comunicação baseada em sugestões positivas e a terapia de acupressão como intervenções não farmacológicas eficazes no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.

A identificação da problemática levou à necessidade de fundamentar e refletir sobre o meu modo de agir, pelo que durante este percurso sustentei o meu pensamento em Enfermagem na teoria de médio alcance de Katharine Kolcaba, ou seja, na Teoria do Conforto.

O estágio que contempla este relatório foi dividido em dois contextos, o primeiro decorreu num Serviço de Urgência Geral Polivalente de um Hospital Central e o segundo realizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos de outro Hospital Central onde vivenciei diversas situações que levaram ao desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista, contudo escolhi apenas algumas que exemplificarei ao longo do relatório para justificar a aquisição das competências. Ao longo destes contextos tive oportunidade de contribuir para a melhoria da sua qualidade e elaborei o protocolo e a respetiva Revisão Sistemática da Literatura de evidência de eficácia, assim como um póster científico que foi divulgado no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.

Assim sendo, este relatório permitiu a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, assim como a disseminação dos resultados da pesquisa que realizei ao longo deste percurso.

Palavras-Chave (MeSH): Cuidados Críticos, Despertar, Enfermagem, Enfermeiro Especialista, Ventilação Mecânica.

Abstract

This Internship report aims to demonstrate my journey through the Master's Course in Nursing, with a Specialization in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for the Person in Critical Situation. Its objective is to communicate the results of clinical learning and research carried out along the way, through critical and reasoned reflection of situations that I have experienced that show the acquisition and development of common and specific skills of the Specialist Nurse.

During my journey, I came across a problem situation, which consisted of the lack of knowledge of the nursing teams regarding non-pharmacological interventions in the awakening of the person under invasive mechanical ventilation. In view of this, I considered it pertinent to carry out a Systematic Review of the Evidence of Efficacy Literature in order to identify, in the scientific literature, studies of an experimental nature with non-pharmacological interventions in the awakening of the person in a critical situation under invasive mechanical ventilation and their effectiveness. This review was carried out according to the Joanna Briggs Institute methodology and 8 studies were selected that identified music therapy, nature-based sound listening, aromatherapy, communication based on positive suggestions and acupressure therapy as effective non-pharmacological interventions in awakening. critically ill person under invasive mechanical ventilation.

The identification of the problem led to the need to base and reflect on my way of acting, so during this journey I supported my thinking in Nursing on the middle-range theory of Katharine Kolcaba, that is, on the Theory of Comfort.

The internship included in this report was divided into two contexts, the first took place in a General Multipurpose Emergency Service of a Central Hospital and the second took place in an Intensive Care Unit of another Central Hospital where I experienced different situations that led to the development of skills. of Specialist Nurses, however I chose only a few that I will exemplify throughout the report to justify the acquisition of competences. Throughout these contexts, I had the opportunity to contribute to the improvement of its quality and I prepared the protocol and the respective Systematic Review of the Literature of evidence of effectiveness, as well as a scientific poster that was released at the IV International Seminar of the Master in Nursing.

Therefore, this report allowed the acquisition and development of common and specific skills of the Specialist Nurse, as well as the dissemination of the results of the research I carried out along this path.

Keywords (MeSH): Critical Care, Awakening, Nursing, Specialist Nurse, Mechanical Ventilation.

Lista de Abreviaturas, Acrônimos e Siglas

AO – Assistente Operacional

APA – American Psychological Association

aPTT - Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada

bpm – Batimentos por Minuto

CH – Centro Hospitalar

cmH₂O – Centímetros de Água

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EV - Endovenosa

FC – Frequência Cardíaca

FFP2 – Filtering Face Piece 2

FR – Frequência Respiratória

h. - Hora

HDF – Hemodiafiltração

HIA – Hipertensão Intra-Abdominal

JBI - *Joanna Briggs Institute*

mg – Miligramas

mm – Milímetros

mmHg – Milímetros de Mercúrio

MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

NAS – Nursing Activity Score

OFT – Oftalmologia

ORL – Otorrinolaringologia

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAM – Pressão Arterial Média

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PC – Plano de Catástrofe

PIA – Pressão Intra-Abdominal
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SO – Salas de Observação
SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigênio
SUG – Serviço de Urgência Geral
TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System
TOT – Tubo Orotraqueal
TSFR - Técnica de Substituição da Função Renal
TSV – Taquicardia Supraventricular
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
WSACS - World Society of the Abdominal Compartment Syndrome

Índice

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO.....	19
1.1. Enquadramento Teórico.....	19
1.2. Enquadramento do Fenómeno em Estudo.....	21
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	29
2.1. Serviço de Urgência Geral.....	29
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos	46
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	67
Apêndices	79
Apêndice 1 – RSL de eficácia “Intervenções Não Farmacológicas no Despertar da Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Mecânica Invasiva: Uma Revisão Sistemática da Literatura de evidência de Eficácia	81
Apêndice 2 – Protocolo da Revisão Sistemática da Literatura	106
Apêndice 3 – Resumo do poster publicado em e-book do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem	117
Apêndice 4 – Poster “Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva”	123
Anexos	127
Anexo 1 – Certificado de participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.....	129
Anexo 2 – Submissão do protocolo do Artigo Científico no Próspero.....	133
Anexo 3 – Submissão do Artigo Científico à Revista <i>Nursing in Critical Care</i>	137

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserido no XIV Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Os cuidados de saúde, principalmente os cuidados de Enfermagem, atualmente assumem uma grande importância e exigência técnica e científica, o que faz com que a diferenciação e a especialização dos profissionais de saúde sejam uma realidade (Regulamento N.º 140/2019). Assim, a decisão em ingressar neste curso teve por base a minha necessidade de adquirir mais conhecimentos numa área que me suscita muito interesse, que é os cuidados à PSC, e em exercer funções num futuro próximo numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Portanto, ser reconhecida como Enfermeiro Especialista (EE), sendo este “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem” (Regulamento N.º 140, 2019, p. 4744), em EMC na área de Enfermagem à PSC não se tornou apenas num objetivo profissional, mas também num objetivo de vida.

Os cuidados especializados em EMC, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, exigem o planeamento, implementação e avaliação de planos de intervenção que visem a deteção precoce, estabilização, manutenção e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, assim como a promoção da saúde e a prevenção da doença em diversos contextos de ação. Para além disso, o avanço no conhecimento requer que o EE em EMC “desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360).

Estas competências, designadas competências específicas, são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (

Regulamento nº140/2019, p.4745). Porém, a atribuição do título de EE prevê que este, para além de possuir estas competências, partilhe um conjunto de competências comuns que são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem, sendo estas definidas como competências “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Assim surge o presente relatório, que visa comunicar os resultados da aprendizagem clínica e da investigação realizada ao longo do percurso de estágio. Para tal estabeleci dois objetivos, nomeadamente, realizar uma reflexão crítica e fundamentada que evidencie a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE através de experiências vivenciadas, e comunicar os resultados da investigação realizada, de forma a disseminar o seu conteúdo, uma vez que o presente relatório visa a atribuição do título académico de Mestre em Enfermagem e o título profissional de EE em EMC na área da PSC.

O presente estágio correspondeu a 750h de trabalho, das quais 360h foram de contacto direto, 20h de orientação tutorial, 20h de Seminário e 350h de trabalho individual. O estágio deve ser realizado em unidades de prática clínica da área de especialização do estudante (Ferrito, Madureira, Lourenço, 2021), neste caso em EMC na área da PSC, portanto decidi dividir as 360h de contacto direto em dois contextos de estágio, cada um com 180h, uma vez que não possuía qualquer experiência profissional nesta área. O primeiro decorreu num Serviço de Urgência Geral (SUG) de 6 de Setembro a 28 de Outubro e o segundo realizou-se numa UCI de 29 de Outubro a 18 de Dezembro, onde vivenciei diversas situações que levaram ao desenvolvimento das competências de EE. Contudo, escolhi apenas algumas que exemplificarei ao longo do relatório para justificar a aquisição das competências.

Durante este meu percurso deparei-me com uma situação problema, que consistiu no défice de conhecimentos das equipas de enfermagem relativamente às intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa sob VMI. Esta é a intervenção mais usada nas UCI's e muitas vezes é o principal motivo de admissão (Aghaie, Rejeh, Heravi-karimooi & Ebadi, 2013). Mais de 50% das PSC necessitam de suporte ventilatório com VMI (Metnitz et al., 2009) e em Portugal cerca de 75% das pessoas internadas em UCI realizam VMI, sendo esta fundamental para o seu tratamento e recuperação (Esteban et al., 2000).

No entanto, a maioria destas pessoas não terá conhecimento da sua condição até despertarem, mas durante esse tempo vivem um conjunto de sonhos, delírios e experiências emocionais relacionadas com acontecimentos reais (Granja, Lopes, Moreira, Dias, Costa-Pereira, et al., 2005). Cerca de 10 a 25% destas pessoas sentem dificuldades durante o processo de desmame e despertar, experienciando stress e ansiedade durante o procedimento que podem ser agravados pela dificuldade de comunicação e pela presença de dor e *delirium*, aumentando assim o risco de complicações e o tempo de permanência no hospital (Aghaie et al., 2013).

Face a isto, considerei pertinente realizar uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL) de evidência de eficácia com o objetivo de identificar, na literatura científica, os estudos de natureza experimental com intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI e a sua eficácia. Esta revisão foi realizada segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e após uma pesquisa em diversas bases de dados e uma análise rigorosa foram selecionados 8 estudos que identificaram a musicoterapia, a escuta de som baseada na natureza, a aromaterapia, a comunicação baseada em sugestões positivas e a terapia de acupressão como intervenções não farmacológicas eficazes no despertar da PSC sob VMI.

A identificação da problemática levou à necessidade de fundamentar e refletir sobre o meu modo de agir, pelo que durante este percurso sustentei o meu pensamento em Enfermagem no modelo teórico de Katharine Kolcaba (2001), ou seja, na Teoria do Conforto. Esta teoria de médio alcance afirma que, em situações de saúde stressantes, as necessidades não atendidas de conforto são atendidas pelos enfermeiros, sendo as suas intervenções consideradas eficazes se for alcançado pela pessoa um maior conforto, em comparação com uma linha de base anterior. Este resultado de maior conforto é imediato e está diretamente relacionado com o envolvimento da pessoa em comportamentos de procura de saúde. Estes comportamentos, por sua vez, são considerados resultados institucionais, contribuindo assim para a integridade da instituição de saúde, o que faz com que esta teoria seja humanista, holística e baseada nas necessidades das pessoas (Kolcaba, 2001), sendo fundamental na prestação de cuidados de enfermagem.

O presente relatório está estruturado em 3 capítulos, começando pelo Enquadramento, onde apresento o modelo teórico que sustentou o meu pensamento de enfermagem durante este percurso e onde abordo a problemática em estudo, justifico a pertinência da RSL e apresento a discussão dos resultados. O segundo capítulo é referente ao percurso de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC, que por sua vez está dividido em dois subcapítulos que consistem nos dois

contextos onde realizei o estágio, ou seja, SUG e UCI. Nestes subcapítulos é feita uma breve descrição dos contextos, que permite realizar um diagnóstico de situação e definir os objetivos para cada campo de estágio, e uma reflexão crítica e fundamentada de algumas das experiências vividas de forma a justificar a aquisição e o desenvolvimento das competências do EE. Por fim, no último capítulo é apresentada a conclusão, onde se faz uma análise crítica dos objetivos estabelecidos nesta introdução, das competências desenvolvidas ao longo deste percurso, dos principais contributos para a prática clínica e as dificuldades e limitações sentidas ao longo da elaboração deste relatório.

Por último, a norma de referenciação utilizada ao longo deste relatório foi a 7ª Edição da *American Psychological Association* (APA), foi utilizado o programa de gestão de referências bibliográficas Mendeley e para salvaguardar o anonimato das instituições algumas fontes bibliográficas foram propositadamente omitidas.

1. ENQUADRAMENTO

Neste capítulo será apresentado o modelo teórico que sustentou o meu pensamento em enfermagem durante este percurso, ou seja, abordarei a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a sua estrutura taxonómica, e posteriormente realizo o enquadramento da problemática em estudo, onde justifico a pertinência da RSL, faço uma síntese do seu conteúdo e apresento a discussão dos resultados.

1.1. Enquadramento Teórico

Atualmente o conforto é empregue diariamente nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros. Este conceito tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem, mas longo dos anos tem assumido diferentes significados que estão relacionados com a evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade e com a evolução tecnocientífica, sobretudo das ciências da saúde e da enfermagem. Está muitas vezes relacionado com a dimensão física da pessoa, no entanto este o conceito de conforto transcende esta dimensão (Apóstolo, 2009).

O conforto é um termo que tem um significado histórico e contemporâneo para a Enfermagem desde a época de Nightingale, que via o meio ambiente como um elemento que podia auxiliar na cura e na restauração da saúde. Desde então este conceito tem sido designado como um resultado ou objetivo desejável no cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2001; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Durante este meu percurso o cuidado que desenvolvi foi baseado na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Olhar a pessoa de forma holística é o ponto central desta teoria, que sustenta que a pessoa está no centro e rodeada pelo seu ambiente e que o enfermeiro pode e deve manipular as características do ambiente envolvente, como ruído, temperatura, luminosidade e equipamento, para aumentar o conforto da pessoa (Kolcaba, 2001).

Segundo esta teoria, o conforto consiste na satisfação das necessidades humanas básicas de **alívio** (estado de uma necessidade específica atendidas), **tranquilidade** (estado de calma e contentamento) e **transcendência** (estado em que se eleva acima dos problemas ou da dor) advindas de situações de cuidados stressantes nos contextos **físico** (sensações

corporais ou funcionamento do corpo), **psico-espiritual** (consciência interna de si mesmo), **ambiental** (contexto externo da experiência humana) e **social** (relações interpessoais, familiares e sociais, inclusive financeiras) da pessoa cuidada (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1994).

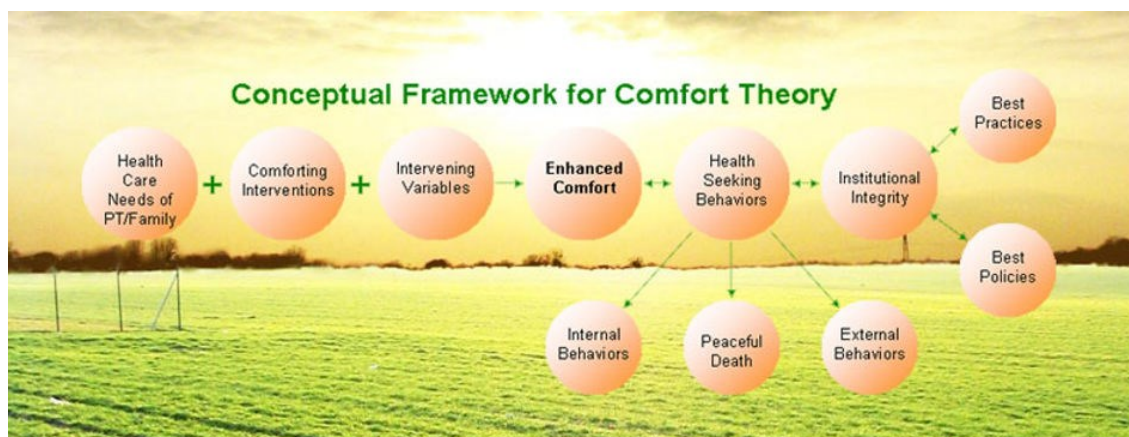
Na Teoria do Conforto as intervenções de enfermagem iniciam-se em resposta a uma necessidade específica de conforto identificada. Se estas intervenções forem bem sucedidas, a necessidade é satisfeita e o resultado imediato obtido é o conforto e pode-se chamar a estas intervenções de medidas de conforto (Kolcaba, 1995). Para tal, a equipa de enfermagem projeta intervenções para atender a essas necessidades, mas há que ter em conta as variáveis intervenientes, que são fatores em que os enfermeiros não têm controlo ou que não podem ser alterados facilmente, como o prognóstico, o apoio social, os recursos financeiros, entre outros (Boudiab & Kolcaba, 2015).

Os cuidados de conforto envolvem todos estes componentes e o resultado imediato de conforto é teoricamente fortalecedor, pois está diretamente relacionado com o envolvimento da pessoa/família na procura de comportamentos de saúde desejáveis. Estes comportamentos da pessoa podem ser internos ou externos que promovam a saúde ou uma morte pacífica (Kolcaba, 2001).

Quando a pessoa/família se envolvem nestes comportamentos de procura de saúde como resultado de serem fortalecidos pelos cuidados de conforto, tanto as pessoas/família como os enfermeiros ficam mais satisfeitos com os cuidados de saúde e demonstram melhores resultados. Este ambiente satisfatório produz também melhores resultados para a instituição, uma vez que o reconhecimento público da dedicação da instituição à saúde contribui para a sua Integridade Institucional (Boudiab & Kolcaba, 2015). Esta tem um componente normativo e descritivo, baseado num sistema de valores orientado para a pessoa/família, e é definida como a qualidade ou o estado das instituições de saúde, que devem ser completas, integras, sólidas, corretas, honestas e sinceras. Alguns indicadores da integridade institucional pode ser a satisfação das pessoas, altas bem sucedidas, relação custo-benefício ou outros resultados essenciais (Kolcaba, 2001).

Para melhor compreensão desta teoria, que é humanista, holística e baseada nas necessidades das pessoas/família, encontra-se esquematizado na Figura 1 a sua matriz conceptual.

Figura 1 – Matriz Conceptual da Teoria do Conforto



Kolcaba, K., & Bice, A. (2021). *The Comfort Line*. Disponível em <https://www.thecomfortline.com/>. Com permissão de Kolcaba & Bice (2021).

Face ao exposto, segundo Kolcaba (1995) os cuidados de conforto são considerados uma arte, pois a pessoa percebe a adequação dos cuidados de conforto no preciso momento porque este é um estado imediato, este cuidado de conforto é uma fonte de satisfação para muitas pessoas e por diversas vezes porque esta teoria é usada como padrão para criar e recriar cuidados holísticos, individualizados e para dar resposta às necessidades de conforto que surgem em cada pessoa. Para além disso, tem uma forma esteticamente satisfatória porque proporciona harmonia entre os componentes do conforto, o padrão de um atendimento eficiente e integrado, e o modelo que facilita atividades equilibradas e unificadas.

Em suma, a Teoria do Conforto descreve a importante e complexa missão dos enfermeiros no cuidado, mostrando que a prática baseada na teoria permite que os enfermeiros planeiem intervenções congruentes com os resultados desejados, aumentando assim a probabilidade de encontrar resultados significativos (Kolcaba, 2001).

1.2. Enquadramento do Fenómeno em Estudo

Mais de 50% das PSC necessitam de suporte ventilatório com VMI (Metnitz et al., 2009) e em Portugal cerca de 75% das pessoas internadas em UCI's são submetidas a este suporte (Esteban et al., 2000), tornando esta fundamental para o seu tratamento e recuperação. Esta é uma das intervenções mais usada nas UCI's e muitas vezes é o principal motivo de admissão (Aghaie et al., 2013).

As pessoas internadas nas UCI's geralmente apresentam uma condição inesperada que coloca em causa a sua vida, exceto quando admitidas após cirurgias programadas. Estas pessoas permanecem em situação crítica por um longo período, necessitando de suporte ventilatório, cardiovascular e renal, para além de sedação e analgesia que permita a adaptação ao ventilador e algum conforto. A maioria destas pessoas não terá conhecimento da sua condição até despertarem. No entanto, durante esse tempo vivem um conjunto de sonhos, delírios e experiências emocionais relacionadas com acontecimentos reais (Granja et al., 2005).

Cerca de 10 a 25% destas pessoas sentem dificuldades durante o processo de desmame e despertar, experienciando stress e ansiedade durante o procedimento. Este, pode ser agravado pela dificuldade de comunicação e pela presença de dor e *delirium*, aumentando assim o risco de complicações e o tempo de permanência no hospital (Aghaie et al., 2013). Um estudo realizado em 10 UCI's em Portugal revelou que, após terem tido alta, várias foram as pessoas que relataram ansiedade ou depressão. Cerca de metade refere ter tido sonhos e pesadelos durante o internamento e 14% dessas pessoas refere ainda os ter 6 meses após a alta, o que prejudica a sua recuperação (Granja et al., 2005).

Vários estudos demonstraram consequências negativas da sedação profunda e prolongada e benefícios em manter níveis mais leves de sedação nas pessoas internadas na UCI, como diminuição do tempo de VMI, tempo de internamento e da incidência de *delirium* e disfunção cognitiva. No entanto, alguns estudos também demonstraram que os períodos de vigília estavam associados a lembranças stressantes na UCI e que o *delirium* afetava até 80% das pessoas sob VMI (Barr et al., 2013).

Estes distúrbios acabam por afetar a qualidade de vida das pessoas após a alta da UCI. Para além de ser necessário rever os conceitos de analgesia e sedação ideais, é também importante desenvolver estratégias não farmacológicas que ajudem a manter memórias factuais, como o diálogo com a PSC, explicar os procedimentos a serem realizados, manutenção do ciclo circadiano e minimizar os estímulos sensoriais, como o ruído e a luz (Granja et al., 2005).

Face ao exposto, considerou-se pertinente realizar uma RSL de evidência de eficácia (Apêndice 1) com o objetivo de identificar, na literatura científica, os estudos de natureza experimental com intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI e respetiva eficácia. Esta revisão foi realizada segundo a metodologia do JBI (Tufanaru, C., Munn, Z., Aromatis, E., Campbell, J., Hoop, L., 2020). Após pesquisa em bases de dados internacionais e uma análise rigorosa foram selecionados 8 estudos que identificaram a **musicoterapia**, a

escuta de som baseada na natureza, a aromaterapia, a comunicação baseada em sugestões positivas e a terapia de acupressão como intervenções não farmacológicas eficazes no despertar da PSC sob VMI.

Com esta revisão foi possível perceber que o momento de despertar da pessoa que se encontra internada numa UCI e sob VMI ainda carece de investigação e está frequentemente relacionado com a fase de desmame da ventilação. Através dos estudos selecionados foi possível identificar 5 intervenções não farmacológicas cuja sua eficácia não foi testada diretamente no momento do despertar da pessoa que necessita de VMI, mas que podem-no influenciar indiretamente.

Escuta de som baseada na natureza

O estudo de Aghaie et al. (2013) foi realizado para determinar o efeito da escuta de som baseada na natureza no relaxamento e alívio da ansiedade em pessoas submetidas a cirurgia de revascularização do miocárdio durante o desmame da VMI. Os seus resultados demonstraram níveis de agitação e ansiedade significativamente mais baixos no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controle, assim como uma diminuição das variáveis hemodinâmicas que indicam uma resposta de relaxamento. No entanto, também foi observado um menor nível de agitação e ansiedade no grupo controle, possivelmente relacionado com a eliminação do ruído de fundo durante o processo de desmame, o que vai de encontro com o estudo realizado por Ribeiro (2012) que constatou que de entre as condições ambientais experienciadas e referidas como condicionantes do conforto, o ruído surgia como limitadora do mesmo. Sousa (2006) no seu trabalho também refere que o ruído pode dificultar o adormecer e as atividades de vida diárias e provocar um despertar inesperado ou uma irregular atividade nervosa, tanto durante o dia como durante a noite, uma vez que o despertar de um sono depende do estado desse, dos horários, da idade, entre outros fatores.

Comunicação baseada em sugestões positivas

Schlanger et al. (2013), por sua vez, estudou os efeitos da comunicação baseada em sugestões positivas na necessidade de fármacos (Opióides, Benzodiazepinas, Narcóticos e α 2-agonistas) e na recuperação de pessoas sob VMI internados numa UCI durante as 4 etapas da ventilação (início, manutenção, desmame e possível reintubação). Os seus resultados demonstraram que a administração de fármacos foi menor no grupo de intervenção, com uma diferença superior a 65% no uso de opióides (Fentanil, Morfina, Nalbufina e Petidina),

benzodiazepinas (Alprazolam, Clonazepam, Diazepam e Midazolam) e clonidina. Contudo, a diferença no consumo de Propofol não foi estatisticamente significativa. Esta redução também teve efeito na diminuição dos efeitos colaterais da terapêutica e as pessoas saíram da UCI com experiências mais agradáveis. Os autores consideram este método eficaz na redução do consumo de fármacos e na promoção da tranquilidade, cooperação e recuperação das pessoas internadas na UCI, que necessitam de VMI. Acrescidamente, constatou-se uma diferença acentuada na taxa de sobrevivência, sendo esta maior no grupo que recebeu as sugestões positivas. No entanto, o tamanho da amostra não possibilitou uma análise estatística mais fidedigna relativamente a este achado.

Terapia de acupressão

No estudo realizado por Tsay et al. (2005) foi avaliada a eficácia da terapia de acupressão na percepção de dispneia, ansiedade, frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR) em pessoas acordadas, mentalmente competentes, capazes de comunicar, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e com uso prolongado de VMI. A acupressão é uma terapia não invasiva baseada na Medicina Tradicional Chinesa que consiste na aplicação de uma leve pressão não invasiva em certos pontos meridianos do corpo para aliviar vários sintomas.

Nos seus resultados constata-se uma diminuição significativa na FC e na FR entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo durante a intervenção e a longo prazo. Em contraste, no grupo controlo a dispneia percebida aumentou ao longo do tempo e no período de acompanhamento, enquanto que no grupo de intervenção diminuiu, o que faz com que esta diferença seja estatisticamente significativa (Tsay et al., 2005).

Relativamente à ansiedade, no grupo experimental esta foi significativamente menor, assim como a longo prazo, comparativamente à do grupo de controlo. Os resultados comprovam que as pessoas com DPOC e sob VMI, que experienciaram a terapia de acupressão, tiveram uma melhoria significativa na percepção da dispneia e ansiedade, assim como nos indicadores fisiológicos. Além disto, provou que estas pessoas experienciam situações altamente stressantes durante o internamento na UCI, resultando em ansiedade, dispneia e alterações fisiológicas que podem interferir no desmame da VMI e consequentemente no despertar da pessoa em situação crítica (Tsay et al., 2005).

Musicoterapia e aromoterapia

O estudo de Lee et al. (2017) foi realizado com o objetivo de descrever os efeitos da musicoterapia e da aromaterapia na redução da ansiedade em pessoas internadas numa UCI e submetidos a VMI. Para tal, os participantes foram aleatoriamente distribuídos em grupo de intervenção de música, em que cada participante selecionou um programa de música relaxante e ouviu-a durante 30 minutos através de um leitor de MP3 e fones de ouvido, grupo de aromaterapia, em que cada participante recebeu uma massagem de 5 minutos com óleo essencial de lavanda e depois repousou durante 25 minutos na sua posição preferida, e grupo controlo, em que os participantes apenas descansaram durante 30 minutos. É importante referir que todos os participantes se encontravam conscientes e mentalmente capazes para participar voluntariamente, compreender o objetivo do estudo e comunicar.

Os seus resultados após 30 minutos de intervenção demonstraram uma diminuição significativa do nível de ansiedade e da FC, assim como pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial média (PAM) no grupo de musicoterapia comparativamente ao grupo controlo. O grupo de aromaterapia, por sua vez, melhorou significativamente mais do que o grupo controlo no que se refere à ansiedade e à FC. Contudo, todos os outros indicadores (FR, PAS, PAM e pressão arterial diastólica (PAD)) não foram significativamente diferentes entre os dois grupos. Após 60 minutos do início do procedimento e 30 minutos após o término das intervenções verificou-se uma diminuição da FC e da PAS no grupo de musicoterapia e menor FC, FR, PAS e PAM no grupo de aromaterapia comparativamente ao grupo controlo. Observou-se também uma duração de efeito maior no grupo de aromaterapia do que no grupo de musicoterapia. Estes resultados mostram que tanto a musicoterapia como a aromaterapia são eficazes na redução da ansiedade em pessoas internadas na UCI e sob VMI. No entanto, a intervenção musical tem um efeito mais forte e imediato, enquanto que o efeito da aromaterapia é mais duradouro, podendo durar até 30 minutos após o término da intervenção (Lee et al., 2017).

Musicoterapia

A musicoterapia foi a intervenção não farmacológica mais estudada de entre os estudos selecionados. O mesmo autor do estudo anterior já tinha investigado o efeito da intervenção musical em pessoas submetidas a VMI numa UCI em 2016, estudo esse que também faz parte desta RSL (Lee et al., 2016).

Tal como no estudo anterior, os participantes encontravam-se conscientes e com capacidade mental para participar voluntariamente, compreender, comunicar e selecionar

um programa de música dos apresentados e ouvi-lo durante 30 minutos através de fones de ouvido e um leitor de MP3. Este estudo foi o primeiro a utilizar o cortisol para analisar os efeitos da musicoterapia no nível de ansiedade de pessoas com VMI por ser um biomarcador do stress. Os seus resultados revelam que as medições dos níveis de cortisol em cada pessoa antes e depois da intervenção musical reduzem eficazmente a ansiedade (Lee et al., 2016).

No entanto, as medidas pós-teste dos níveis de cortisol sérico não diferiram significativamente entre o grupo de intervenção e o grupo controlo. Contudo, houve uma diferença significativa entre os grupos nas medidas pré-pós teste. Além disso, foi observada uma diminuição significativa dos níveis de cortisol desde o início até ao fim da intervenção no grupo de musicoterapia, resultado este que não foi observado no grupo controlo (Lee et al., 2016).

Também o estudo de Han et al. (2010) procurou identificar os efeitos da escuta de música nas respostas fisiológicas e nos níveis de ansiedade de pessoas sob VMI numa UCI. Igualmente neste estudo os participantes encontravam-se acordados, mentalmente competentes e capazes de comunicar e não estavam a receber qualquer analgesia intravenosa contínua ou sedativo.

Nos seus resultados foi encontrada uma diminuição significativa do estado de ansiedade depois da intervenção no grupo de musicoterapia e no grupo placebo, contrariamente ao grupo controlo, tendo a redução no grupo de musicoterapia sido muito maior do que no grupo placebo. A possível explicação para a redução da ansiedade no grupo placebo deve-se ao facto dos fones de ouvido poderem ter reduzido ou mesmo eliminado o ruído de fundo da UCI (Han et al., 2010), estando de acordo com os achados de Aghaie et al. (2013) que referimos anteriormente.

Relativamente aos parâmetros fisiológicos, foi observada uma redução significativa no grupo de musicoterapia comparativamente aos restantes grupos, tendo a PAS diminuído também bastante no grupo placebo, associada à redução/eliminação do ruído de fundo. A diminuição destes parâmetros indica uma resposta relaxada que irá contribuir para a diminuição da ansiedade da pessoa (Han et al., 2010).

Da mesma forma, no estudo realizado por Naváis et al. (2013) para determinar os efeitos da música na ansiedade e na dor em pessoas conscientes sob VMI, foi observada uma diminuição das variáveis fisiológicas (FC, FR, PAS e PAD) e da ansiedade após a sessão de musicoterapia no grupo de intervenção. Inclusive, 40,74% dos participantes que fizeram

parte do grupo de intervenção adormeceram durante as sessões, o que é preditivo de relaxamento. Além disso, foi observado que estas alterações fisiológicas são mantidas ao longo do tempo, uma vez que os valores medidos 1 hora após a sessão de música continuavam mais baixos que os medidos na linha de base, embora superiores aos observados logo após a intervenção.

Este estudo corrobora também o estudo realizado por Tsay et al. (2005), na medida em que as pessoas internadas na UCI e despertas apresentam altos níveis de ansiedade, uma vez que após a sessão de musicoterapia estes níveis terem diminuído, as pessoas continuam a apresentar valores moderados de ansiedade. Isto reflete o grau de angústia e medo da PSC submetida a VMI (Naváis et al., 2013) sobre os quais os enfermeiros têm grande potencial de atuação, especialmente durante o despertar do sono, tornando as intervenções não farmacológicas essenciais.

Relativamente à dor, não foram observadas diferenças significativas nos níveis de dor após ouvir música no grupo de intervenção. Este resultado deveu-se possivelmente à complexidade da dor e ao facto de os participantes já apresentarem níveis de dor baixos no início do estudo, dificultando uma diferença estatisticamente significativa.

Na mesma linha de pensamento, o estudo de Akta & Karabulut (2015) procurou determinar o efeito da musicoterapia na intensidade da dor, nível de sedação e parâmetros fisiológicos durante a aspiração endotraqueal de pessoas sob VMI em UCI. Um dos seus critérios de inclusão consistia em participantes com nível de vigília de 2 (pessoa cooperativa, orientada e tranquila) ou 3 (pessoa sonolenta mas que responde a comandos verbais) segundo a Escala de Sedação de Ramsay.

Ao contrário do estudo anterior, neste foi observado que a intensidade da dor no grupo de intervenção foi significativamente mais baixa do que no grupo controlo. Contudo esta avaliação foi realizada durante o procedimento de aspiração endotraqueal, que é considerado um procedimento que causa dor intensa na PSC. Verificou-se também que os níveis de dor dos participantes variaram durante os três momentos de medição (antes, durante e 20 minutos após a aspiração endotraqueal) em ambos os grupos e a diferença entre os dois grupos foi estatisticamente significativa. No entanto, os níveis de dor após a aspiração não foram significativamente diferentes daqueles avaliados antes da aspiração entre os grupos (Akta & Karabulut, 2015).

Por outro lado, foi encontrada uma diminuição estatisticamente significativa nos níveis médios de sedação durante a aspiração endotraqueal no grupo de musicoterapia

comparativamente ao grupo controle, sugerindo que a aspiração é um procedimento que causa grande estímulo externo, ansiedade, agitação e desconforto na pessoa e que a música é eficaz na sua redução (Akta & Karabulut, 2015). Ao contrário dos estudos anteriores, neste não foram encontradas diferenças significativas relativamente à PAS, PAD, FC e SpO2 em nenhum dos grupos, porém é possível confirmar que a musicoterapia é eficaz na diminuição da intensidade da dor e nos níveis de sedação durante a aspiração endotraqueal em pessoas sob VMI.

Com este estudo foi possível verificar que intervenções não farmacológicas como a musicoterapia, a escuta de som baseada na natureza, a aromaterapia, a comunicação baseada em sugestões positivas e a terapia de acupressão são eficazes no despertar da PSC sob VMI. A intervenção de musicoterapia é a intervenção não farmacológica mais utilizada, mais estudada e com maior eficácia na diminuição da ansiedade, nos parâmetros fisiológicos, na dor e na promoção do relaxamento da pessoa internada na UCI sob VMI, para além de ser uma intervenção com menor custo associado e de fácil aplicabilidade.

--Para além disso foi possível constatar que a diminuição do ruído também pode ser utilizada como uma intervenção não farmacológica no despertar da PSC, pois foi percebido a sua influência na ansiedade e agitação da pessoa em mais que um estudo.

Assim, pode-se concluir que este estudo fornece uma maior compreensão sobre o fenómeno, permite aprofundar conhecimentos e refletir a sua pertinência no cuidado humano. Portanto, as implicações para a prática e para a investigação são a necessidade de mais estudos sobre as intervenções não farmacológicas facilitadoras do despertar da PSC submetida a VMI.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O Estágio Final e Relatório foi realizado em unidades de prática clínica da área da especialização do estudante com um total de 360 horas, que neste caso corresponde à Especialização em EMC, na área de Enfermagem à PSC. Não possuindo qualquer experiência profissional nesta área, decidi dividir o meu estágio em dois contextos, SUG e UCI, de forma a poder ter uma visão geral de não apenas um, mas de dois contextos do cuidado à PSC. Permitiu também contactar com pessoas em diversas situações de saúde, que contribuíssem para a aquisição e desenvolvimento das competências do EE e para o meu desenvolvimento profissional.

Neste capítulo irei realizar a descrição dos dois locais de estágio que fizeram parte deste percurso, assim como a sua missão e cultura organizacional como forma a facilitar a caracterização da dinâmica dos serviços. Sequencialmente, realizo a reflexão crítica e fundamentada das intervenções realizadas ao longo do estágio de forma a enaltecer a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE. Foram muitas as situações vividas que levaram ao desenvolvimento das competências, contudo para mensurar as competências desenvolvidas foram escolhidas apenas algumas situações para justificar a sua aquisição.

2.1. Serviço de Urgência Geral

O primeiro estágio decorreu num SUG Polivalente de um hospital central da grande Lisboa de 6 de setembro a 28 de outubro. Segundo o Decreto nº 48358 (1968), os hospitais podem ser classificados como centrais, regionais e sub-regionais dependendo da área geográfica que servem. Os hospitais das sedes de zona, sejam gerais ou especializados, têm a categoria de hospitais centrais, que é o caso do hospital onde realizei este estágio, o que justifica a sua classificação.

Este SUG é considerado um SUG Polivalente, que é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência. Esta tipologia oferece resposta de proximidade à população da sua área de abrangência e integra valências médicas de Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética, Patologia

Clínica com Toxicologia, Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia, Pneumologia, Gastrenterologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Máxilo-Facial, Cirurgia Vascular e Medicina Intensiva (Despacho n.º 10319/2014). O SUG Polivalente integra ainda uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação em gestão integrada e que, tal como estabelecido no Despacho n.º 10319/2014, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa também na prestação de cuidados à PSC no SUG.

Escolhi este hospital por ser um hospital central em Lisboa e por possuir um grande número de valências, especialidades médicas e especificidades no cuidado que poucos hospitais possuem. O contexto de urgência escolhi por ser complexo, diversificado e imprevisível, exigindo dos profissionais de saúde uma elevada capacidade de organização e priorização de cuidados, assim como conhecimentos técnico-científicos e humanos, que contribuíram para o meu desenvolvimento como Enfermeira.

Os hospitais são serviços de interesse público instituídos, organizados e administrados com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação à população, assim como colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica (Despacho n.º 10319/2014). Neste sentido, este SUG é um serviço polivalente de adultos cuja missão consiste em prestar cuidados de saúde urgentes a mais de 250.000 habitantes da população de Lisboa e apoiar os Hospitais Distritais da sua área de influência nas diversas especialidades diferenciadas médico-cirúrgicas que estes não possuem. Nele tive a oportunidade de contactar com diversas especialidades que dão apoio à pessoa na sua situação de saúde/doença, como Medicina Interna, Cirurgia, Urologia, Ortopedia, Vertebro-Medular, Anestesia, Medicina Intensiva, Neurocirurgia, Cerebrovascular, Psiquiatria, Oftalmologia (OFT), Otorrinolaringologia (ORL), Cirurgia Máxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Gastroenterologia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Neurorradiologia, entre outras.

De forma sucinta, este SUG é constituído por 4 salas de espera (A, B, C, D) e 4 salas de triagem. Uma destas salas foi transformada no Gabinete de Comunicações Familiares com o surgimento da pandemia da Covid-19, onde todos os dias um enfermeiro fornece informações via telefone aos familiares das pessoas internadas nos balcões de ambulatório. Estes são compostos pelo balcão ambulatório e o balcão ambulatório macas, existindo também 5 Salas de Observação (SO) e 4 salas de Reanimação. Destas últimas, 2 são salas de reanimação gerais, 1 é de Trauma por estar equipada com aparelho de radiologia e outra é de Cirurgia por estar equipada com material cirúrgico e possuir pressão positiva. Existe ainda

1 sala de Isolamento com antecâmara e pressão negativa, 2 salas de Pequena Cirurgia, preparadas para dar apoio às especialidades de Cirurgia, Urologia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Máxilo-Facial, 1 sala de Ortopedia e 1 gabinete de apoio às especialidades de ORL e OFT.

Com o surgimento do novo coronavírus SARS-CoV-2, o SUG teve necessidade de fazer alterações estruturais, de modo que a sala de drenagem de abscessos da cirurgia foi transformada na atual sala de recolha de amostras em Zaragatoas para diagnóstico de Covid-19. Esta valência integra um médico e um enfermeiro e realiza-se recolha de exsudado nasofaríngeo para pesquisa do vírus SARS-CoV-2 nas pessoas que têm de ficar internadas ou ser transferidas para o Bloco Operatório ou para outro hospital. Emergiu também a Área de Doentes Respiratórios, para onde são encaminhadas as pessoas com sintomas de Covid-19 que necessitam de vigilância, e a Área de Doentes Positivos, para pessoas que testem positivo ao vírus SARS-CoV-2 e têm necessidade de internamento ou ficar em observação, cumprindo-se assim as medidas de isolamento preconizadas (Direção Geral da Saúde, 2022)

Detém ainda de 2 gabinetes de Cirurgia Geral, 8 gabinetes médicos, gabinete de Análises Clínicas, gabinete de Eletrocardiografia e Radiologia de Urgência. Estes três últimos prestam serviços 24horas apenas ao SUG, havendo outros serviços idênticos para o restante hospital. Como centro de referência, o SUG integra ainda cinco “Vias Verdes” de forma a dar uma resposta atempada e minimizar as consequências para a pessoa, nomeadamente as vias verdes de Acidente Vascular Cerebral, Coronária, Trauma, Sépsis e Cólo do Fémur.

Importa também referir que este serviço é um Centro de Trauma, uma vez que acarreta a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo à pessoa politraumatizada grave. Tem fácil acesso a um heliporto e assegura a prestação de cuidados de saúde no âmbito da Radiologia de intervenção, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Máxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Cirurgia Vascular, como já referido anteriormente (Despacho n.º 10319/2014).

O Plano de Catástrofe (PC) da referida instituição hospitalar tem como finalidade avaliar os riscos previstos e descrever a disponibilidade de meios e recursos existentes, bem como as ações a desenvolver pela sua estrutura interna, nas situações de emergência que ocorram. Uma catástrofe é definida como um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e vítimas (Lei nº 27/2006). Segundo o PC da referida instituição, numa situação de catástrofe é necessário tratar um grande número de vítimas com lesões graves num curto espaço de tempo. A prioridade é

identificar e tratar lesões com risco de vida, pois se se perder demasiado tempo na avaliação e tratamento de uma vítima, outras poderão sofrer por isso. Neste PC uma situação de catástrofe pode ser classificada em 3 níveis de emergência, dependendo do número previsível de vítimas a serem encaminhadas para o SUG. No caso da ativação do nível 1, o essencial é a criação de condições que permitam o SUG acomodar num curto espaço de tempo a totalidade das vítimas resultantes do evento, como realizar a evacuação das 5 SO e a transferência de pessoas para as unidades adicionais nos serviços de Internamento. Perante a ativação dos níveis 2 e 3, assume-se uma provável escassez de recursos e é necessário triar as vítimas mais graves para que a alocação dos recursos humanos e materiais seja mais criteriosa e eficiente. Perante isto, o SUG é dividido em 5 áreas: Triagem, onde cada pessoa é identificada com uma pulseira de identificação pré-numerada e uma bolsa individual com uma ficha de registo clínico, requisições de meios complementares de diagnóstico de terapêutica, etiquetas autocolantes com o número de utente, cartões de prioridade e saco para pertences; Vermelha, localizada nas salas de emergência e de Pequena-cirurgia para onde seguem de imediato as pessoas com pulseira vermelha e em risco de vida acompanhadas pela Equipa de Emergência Pré-hospitalar; Amarela, localizada nas 5 SO e salas de espera, onde são alocadas as pessoas que necessitam de uma vigilância constante; Verde, localizada fora da área física do SUG e para onde são encaminhadas as pessoas que conseguem andar e necessitam de vigilância ou alguns cuidados; Negra, localizada junto à capela, onde são alocados os corpos das pessoas com ausência de ventilação espontânea.

Relativamente à Equipa de Enfermagem, esta é composta atualmente por 150 enfermeiros divididos em 5 equipas (A, B, C, D e E) que trabalha sob regime de *rollman*. Existe ainda uma equipa de enfermeiras que têm horário fixo e 4 enfermeiros gestores, que só fazem turno de manhã por ser o turno que exige maior gestão e no qual são organizados os turnos seguintes. Todas as equipas possuem Enfermeiros de Cuidados Gerais e EE em EMC, sendo estes últimos alocados preferencialmente nas salas de reanimação.

Os gabinetes de triagem, por sua vez, são assegurados por enfermeiros que têm formação específica na Triagem de Manchester, conhecimentos e competências para tal. Segundo Silva (2009), a metodologia da Triagem de Manchester consiste em identificar critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, que indiquem a prioridade com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo recomendado até à observação médica. Por não se tratar de estabelecer diagnósticos médicos, este processo de triagem requer capacidade de interpretação, avaliação, raciocínio clínico, reconhecimento de padrões, formulação de hipóteses, representação mental e intuição. Vários estudos indicam que os

enfermeiros reúnem estas condições, uma vez que realizam o raciocínio clínico orientado para os sinais e sintomas e não para os diagnósticos, para além de estabelecerem uma relação com a pessoa, fundamental na minimização de problemas (Duro & Lima, 2010). Segundo Acosta, Duro & Lima (2012), o enfermeiro detém conhecimentos e habilidades para definição da prioridade no atendimento, desde o conhecimento administrativo e clínico às habilidades de intuição e comunicação. Esta decisão é fundamental para que as situações emergentes sejam alvo de um atendimento imediato, minimizando os riscos de saúde para a PSC (Cone, 2000). Na mesma linha de pensamento, o Grupo Português de Triagem (2010) refere que a formação em Triagem de Manchester por si só é insuficiente, pois a experiência, o conhecimento, a intuição e a tomada de decisão são qualidades fundamentais para a sua correta concretização. Os enfermeiros vão adquirindo estas competências ao longo do seu desenvolvimento profissional e aprendendo com as suas experiências, melhorando a sua capacidade de tomada de decisão no momento da triagem.

No turno da manhã estão escalados 22 enfermeiros mais o chefe de equipa de enfermagem, no turno da tarde são 22 enfermeiros mais o enfermeiro escalado no horário de intermédio, e no turno da noite são 20 enfermeiros. Este rácio é feito com base na quantidade e especificação dos postos de trabalho do SUG e no *Jones Dependency Tool*, que é a escala utilizada no serviço que permite classificar e avaliar o grau de dependência da pessoa e as suas necessidades em horas de cuidados de enfermagem, traduzindo indicadores da prática de enfermagem no contexto de urgência (Beja e Filipe, 2013).

No que diz respeito à liderança, este é um conceito há muito investigado, em contínua evolução e com diversos significados, pois é uma palavra retirada do vocabulário comum e incorporada no vocabulário técnico das disciplinas científicas sem refinamento prévio, e associado muitas vezes a outros termos como autoridade, poder, controlo, administração e chefia (Yukl, 2013). No entanto, a liderança não é um processo unidirecional, pois o líder influencia o comportamento dos liderados e estes, por sua vez, influenciam o comportamento do líder. Ao longo dos anos diversas teorias tentaram explicar o conceito de liderança, surgindo recentemente a teoria transacional e transformacional, baseada em valores, numa análise mais holística e carismática. Na equipa de Enfermagem deste contexto de estágio prevalece a liderança transformacional, aquela que é assente na mutualidade de propósito, onde o líder eleva as aspirações dos seus seguidores. Neste tipo de liderança o líder influencia o seguidor e é também influenciado por ele, tendo como objetivo o estabelecimento de um clima de respeito entre ambos. É um estilo de liderança que está relacionada com a mudança, explicando o sucesso de determinadas organizações que sofrem profundas alterações e que

conseguem, através de um modo adaptativo e contínuo, ajustar-se e harmonizar-se com o seu meio envolvente (Peixoto, 2012). Segundo Roberts (1985), este estilo de liderança aumenta a motivação, a moral e o desempenho dos seguidores, uma vez que o líder procura conectar a identidade dos seus seguidores à missão e à identidade da organização, ser um modelo que inspira, entender os pontos fortes e fracos dos seguidores e quais as tarefas que melhoram o seu desempenho. O SUG onde decorreu este estágio é exemplo disso mesmo, mais concretamente a equipa de Enfermagem, pois apesar de todas as alterações e dificuldades que foram sujeitos durante a pandemia da Covid-19, conseguiram ultrapassá-las, manter-se unidos e manter a qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma a ser um centro de referência.

Esta é uma das muitas razões que me levaram a escolher este contexto para realizar o Estágio Final e Relatório e assim adquirir e desenvolver, não só as competências comuns e específicas do EE em EMC, mas também mais conhecimentos.

O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina como a Enfermagem consiste em desenvolver o conhecimento prático através de estudos científicos e investigações sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida durante a prática dessa disciplina, uma vez que “saber” e “saber fazer” constituem dois tipos de conhecimentos diferentes (Benner, 2001).

A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é muito mais complexa e possibilita apreender muitas mais situações e realidades que a teoria. Na verdade, a experiência não consiste apenas na passagem do tempo, mas também na melhoria de teorias e noções pré-concebidas através da vivência de numerosas situações reais (Benner, 2001).

O meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas foi marcado por diversas experiências e situações que vivenciei, assim como atividades que realizei de modo a alcançar os objetivos definidos para este estágio.

O objetivo é o alvo de uma ação, ou seja, existe uma relação linear entre o objetivo que se pretende atingir e o desempenho da pessoa na atividade. Porém, é necessário que haja comprometimento com o objetivo, haja capacidade por parte da pessoa para o atingir e não haja outros objetivos em conflito. Por outro lado, estabelecer objetivos difíceis não leva a desempenhos superiores, pois pode levar a pessoa a focar-se em atingir o objetivo em vez de adquirir novas competências. Os melhores resultados são atingidos através de objetivos que direcionem a pessoa no sentido de adquirir o conhecimento necessário para desempenhar uma determinada função (Henriques, 2012).

É nesta linha de pensamento que estabeleci o seguinte objetivo geral para este estágio, comum aos dois contextos de prática clínica de aprendizagem, que visa a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC na Área de Enfermagem da PSC:

Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Serviço de Urgência.

A partir deste objetivo geral defini dois objetivos específicos:

- **Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Serviço de Urgência;**
- **Contribuir para a qualidade do cuidado no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.**

De forma sequencial, integro em cada objetivo as atividades que desenvolvi, assim como os resultados e principais competências desenvolvidas.

Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Serviço de Urgência

A PSC é entendida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). O cuidado de enfermagem à PSC é definido como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). Neste sentido, os cuidados à PSC e família são cuidados de grande complexidade, que exigem do EE conhecimentos e habilidades múltiplas, como prever e detetar complicações precocemente e assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficiente de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e sua família em tempo útil e de forma holística (Regulamento n.º 429/2018).

Ao longo do estágio no SUG tive oportunidade de passar por todas as suas valências. A sala de reanimação foi uma delas, onde tive várias oportunidades de aprendizagem devido

à grande afluência de PSC que necessitavam de cuidado de caracter urgente e emergente. Num contexto como a sala de reanimação, o enfermeiro avança muitas vezes para a situação de cuidados com uma base de conhecimento limitado, quase no desconhecido, prevalecendo-se dos seus conhecimentos técnico-científicos, da sua sensibilidade e da sua experiência profissional. Este pressupõe que existem necessidades de cuidados na pessoa que aí se encontra que necessitam de ser satisfeitas para se sentir confortada, portanto o conforto assume aqui uma dimensão situacional, de variabilidade e de multidimensionalidade, permitindo ao enfermeiro pressupor várias necessidades que se relacionam com o desconforto evidenciado, a instabilidade hemodinâmica e as circunstâncias contextuais (Ribeiro, 2012).

Quando uma pessoa entra na sala de reanimação, como é exemplo a situação que vivenciei, é realizada uma abordagem “ABCDE”. Esta é uma metodologia universal estabelecida pelo *American College of Surgeons*, adaptada da sequência “ABC” da *American Heart Association*, que visa detetar e eliminar os focos que ameaçam a vida da pessoa e elaborar as hipóteses diagnósticas de forma a prestar cuidados direcionados ao problema. Esta abordagem permite avaliar a via aérea com imobilização da coluna (A – *Airway*), a ventilação e oxigenação (B – *Beathing*), a circulação, suporte cardiovascular e controle hemorrágico (C – *Circulation*), a disfunção neurológica (D – *Disability*) e o hábito externo, evitando a hipotermia (E – *Exposure*) (Direção Geral de Saúde, 2010).

Após realizar esta abordagem e de monitorizar a pessoa, verifiquei que apresentava FC entre 160-170bpm e que era uma Taquicardia Supraventricular (TSV), que foi confirmada através de um Eletrocardiograma de 12 derivações. Segundo Tallo et al. (2012), as TSV são arritmias frequentes nos serviços de urgência e emergência, com uma incidência de cerca de 35 casos por 100.000 habitantes por ano, e consistem em alterações do ritmo cardíaco que depende do nódulo sinusal, tecido atrial, nódulo auricoventricular ou vias acessórias extranodais para o seu início e manutenção.

Face ao diagnóstico, foi seguido o algoritmo de taquicardias para adultos com pulso (American Heart Association, 2021). Objetivando a reversão da situação com manobras vagais, instruí a PSC a soprar para uma seringa de 10ml com força de forma a mover o êmbolo, mas estas não surtiram qualquer efeito. Embora se possa diversificar as referidas estratégias, como é o exemplo da massagem do seio carotídeo (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2019), após discussão em equipa decidiu-se administrar 12mg de Adenosina Endovenosa (EV) (American Heart Association, 2021). Para tal, prontifiquei-me a colocar um acesso venoso periférico na pessoa, preparei a Adenosina e o sistema de infusão para a

devida administração. A minha resposta perante esta situação foi potenciada por uma experiência anterior semelhante no estágio, que fortaleceu a respetiva prontidão no cuidado a esta pessoa.

Segundo o algoritmo da American Heart Association (2021), deve-se iniciar a administração de Adenosina EV com 6mg e ir progredindo para 12mg e posteriormente 18mg se as dosagens anteriores não surtirem efeito. Para além disso, deve ser considerada a administração de β -bloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio, como o Esmolol, o Verapamil ou o Diltiazem, se a administração de Adenosina não surtir efeito, e por fim a cardioversão elétrica sincronizada com o nível de energia recomendado no dispositivo específico para maximizar o sucesso do primeiro choque se a terapêutica anterior não surtir efeito, sem esquecer de, se possível e se a pessoa estiver consciente, administrar sedação antes de realizar a cardioversão sincronizada.

Após informar a pessoa acerca do que iria sentir após a administração da terapêutica, com o seu consentimento administrei-a, contudo esta não teve qualquer efeito. Voltou-se a administrar 12mg de Adenosina EV por indicação médica, novamente sem efeito. Segundo o algoritmo de taquicardias devia-se tentar a administração de β -bloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio para reverter o quadro, no entanto esta situação não era nova para a pessoa que inclusive referiu que no episódio anterior apenas tinham conseguido reverter com “choque”. Face a este testemunho e aos registos informáticos existentes, que confirmaram esta afirmação, a equipa decidiu avançar para a cardioversão elétrica sincronizada.

Preparei os elétrodos adesivos multifunções e assegurei-me que o tórax da pessoa estava seco, que não existia excesso de pelos, adesivos transdérmicos ou joalheria no local onde ia colar os elétrodos. Coloquei os elétrodos adesivos multifunções, tendo em atenção à distância de pelo menos 2,5 centímetros do pacemaker do senhor, e com a supervisão do médico assistente programei o dispositivo para a cardioversão sincronizada. Este tipo de cardioversão utiliza um sensor para aplicar o choque sincronizado com a onda R do complexo QRS, ao contrário da desfibrilhação em que o choque ocorre no momento em que pressionamos o botão para tal (American Heart Association, 2021; Valente & Catarino, 2012).

Posteriormente sedou-se a pessoa com 5mg de Midazolam EV, de forma a estar confortável, pois esta intervenção é bastante dolorosa quando esta está consciente, e assegurou-se que havia condições de segurança para administrar a descarga. Neste momento fui ainda questionada pelo médico assistente com quantos jules se iniciava a cardioversão

sincronizada, ao qual respondi que era o valor recomendado do dispositivo para maximizar o sucesso do primeiro choque (American Heart Association, 2021), que neste caso era 150 jules. Certificando o conhecimento inerente à minha competência, a equipa incentivou-me a realizar o disparo.

Durante todo este processo o carro de emergência esteve perto e pronto a ser utilizado, caso fosse necessário, e a pessoa esteve monitorizada para controlo da sua frequência respiratória, pressão arterial, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio. Inclusive foi colocado oxigénio por óculos nasais a 2L/min após a sua sedação, como prevenção de hipoxémia inerente à diminuição da FR da sedação. Esta monitorização foi mantida após a intervenção, assim como a monitorização simultânea da pessoa através do desfibrilhador através das pás adesivas. Objetivou-se detetar possíveis complicações do procedimento ou uma persistência da TSV, que implicaria uma nova cardioversão sincronizada com um valor de energia superior ao administrado, tal como é recomendado pelo American Heart Association (2021).

No fim, o resultado de todas estas intervenções foi positivo, pois conseguiu-se reverter a TSV para um traçado cardíaco de ritmo sinusal e com frequências cardíacas de 60bpm, que coincide com a FC programada no seu Pacemaker. No entanto, quando uma TSV é sintomática, designada como instável por $FC \geq 150bpm$, produz sinais e sintomas graves como hipotensão, alteração do estado de consciência, sinais de choque, desconforto torácico isquémico e insuficiência cardíaca aguda, que podem provocar instabilidade na pessoa e ameaçar a sua vida (American Heart Association, 2021). É fundamental monitorizar a pessoa de modo a controlar a sua FR, pressão arterial, FC e $SatO_2$, de modo a identificar a necessidade de oxigénioterapia suplementar (Brugada et al., 2020).

Posto isto, com esta situação considero ter desenvolvido competências como a identificação de focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória a estes focos de instabilidade, executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica e demonstrei conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma. Considero que diagnostiquei também precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementei respostas de enfermagem apropriadas a estas complicações e monitorizei e avaliei a adequação das respostas aos problemas identificados. Relativamente à gestão diferenciada da dor, considero que nesta situação garanti a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e demonstrei conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia (Regulamento N° 429/2018).

Acrescento que construí as estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa, suportei a tomada de decisão baseada em conhecimento e experiência, participei na construção da tomada de decisão em equipa e selecionei as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. Por fim, considero que atuei eficazmente sob pressão, possuo conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada, revelei conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes e rentabilizei as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas (Regulamento N° 140/2019).

Outra situação que vivenciei, também na sala de reanimação, foi a de uma senhora idosa que apresentava traumatismo com hematoma na região do tórax anterior e traqueia que, pela dificuldade respiratória inerente, justificou a necessidade de VMI. O seu prognóstico era reservado, razão pela qual foi contactada a família para conversar pessoalmente sobre a sua situação de saúde e permitir a visita.

Quando a filha da senhora entrou na sala, encontrou a mãe confusa, desorientada no tempo e espaço e com agitação psicomotora. Ao ver a mãe nesta situação e ligada a um conjunto de monitores e aparelhos, a filha da senhora ficou muito ansiosa, com medo e labilidade emocional. Tentei acalmá-la e tranquilizá-la, transmitindo que compreendia o seu sofrimento e explicando que a agitação da mãe era normal uma vez que ela estava confusa e não compreendia a razão de ali estar. Expliquei-lhe inclusive que todos os aparelhos serviam para a manter sob vigilância e estável e incentivei-a a tentar acalmar também a mãe. Assim surge o suporte emocional do enfermeiro à família como justificação para os enfermeiros serem reconhecidos como atores privilegiados de conforto, revelando-se a relação interpessoal fundamental para a pessoa e família na “construção da ação de conforto dos enfermeiros, emergindo a capacidade para constituir um apoio efetivo na situação vivenciada” (Ribeiro, 2012, p. 248).

Tendo noção da situação de transição que estavam a vivenciar, decidi ficar junto à pessoa e sua família de modo a confortá-la através da minha presença incondicional, que é constituída por uma proximidade efetiva caracterizada pelo comportamento e por sentimentos que lhe conferem uma presença autêntica (Ribeiro, 2012). Demonstrei-me disponível para esclarecer dúvidas acerca da situação, ouvir os seus medos e desabafos, tomando atenção ao que me diziam, mostrando que compreendia o seu sofrimento e inquietação e que estava ali disponível para o que precisassem, falando sempre de uma forma pausada e calma mas ao mesmo tempo segura, integrando o papel do enfermeiro na

comunicação com a família definido por Phaneuf (2005). Neste processo de comunicação com a família apoiei-me na minha experiência enquanto enfermeira, bagagem cultural e estrutura humana (Porta, 2016). Preservei uma postura correta, mantendo-me próxima, atenta ao que me diziam, dando feedback através do contato visual e da comunicação não-verbal, mantive um tom de voz baixo e calmo, fazendo uso do toque quando foi procurado e do silêncio sempre que considerei pertinente (Phaneuf, 2005).

A família também sofre com a doença da pessoa, tornando-se uma das vítimas em muitos casos. Sente-se ansiosa, esgotada pelo sofrimento, inquieta quanto ao prognóstico e muitas vezes perturbada pelos problemas de responsabilidades familiares e financeiras que lhe estão associados. A família sente-se muitas vezes culpada por não poder ajudar o seu familiar ou por ter sido em parte responsável pela sua fadiga ou doença. Para além disto, também sente necessidade de informação, para compreender o que está a acontecer, e de participar nas decisões de forma a poder levar o suporte necessário à pessoa doente. É no enfermeiro que a família procura muitas vezes esse conforto e essa informação, logo comunicar e dar suporte à família consiste num conjunto de intervenções de enfermagem que visam fornecer apoio emocional às pessoas mais próximas da pessoa, ajudar a atravessar o momento difícil, a compreender e a enfrentar o problema de saúde (Phaneuf, 2005). Esta informação assume-se também como uma determinante intervenção promotora do conforto, pois permite que a pessoa/família se sinta satisfeita e confortada com a informação e que encontre respostas às suas dúvidas, o que a tranquiliza e promove confiança, respeito, sinceridade e autenticidade (Ribeiro, 2012). Este olhar reflete uma abordagem centrada na pessoa e na sua família, onde é evidente a minha sensibilização como enfermeira para o contexto sócio-familiar da pessoa e a minha disponibilidade para apoiar e capacitar a sua família para este processo de transição (Ribeiro, 2012).

Posto isto, considero que as minhas intervenções tiveram um resultado positivo, pois a família ficou mais calma depois de falar e perceber que não estavam sozinhos, que tinham uma equipa de enfermagem disponível para os ajudar no que fosse possível e que compreendia o processo que estavam a vivenciar. Assim sendo, considero que esta experiência proporcionou-me um momento de aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que demonstrei conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a família da PSC, reconheço o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família em situação crítica, selecionei e utilizei de forma adequada as habilidades de relação de ajuda à família da PSC, demonstrei conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela família da PSC e/ou falência orgânica,

assegurei o respeito pelo direito das pessoas no acesso à informação e envolvi a família no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais (Regulamento N.º 429/2018; Regulamento N.º 140/2019).

Após a saída da família da senhora tive a oportunidade de realizar o seu transporte para a UCI. O transporte da PSC era um dos aspetos que desejava aperfeiçoar por ser uma situação de stress para mim por acarretar riscos para a pessoa. Este transporte envolve alguns riscos, pois pode produzir grande instabilidade na pessoa, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas. Segundo Kwack et al. (2018), ocorrem eventos adversos em 20% a 79,8% dos transportes intra-hospitalares da PSC, dos quais 4,2% a 8,9% são eventos adversos graves que requerem intervenção terapêutica. Porém, a sua realização é justificada pela necessidade de providenciar um nível assistencial superior ou para realização de exames complementares de diagnóstico que não são possíveis serem realizados no serviço onde a pessoa se encontra (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Após equacionar os riscos inerentes ao transporte da senhora, o médico assistente decidiu avançar com o transporte. Em equipa discutimos o processo de transporte da pessoa para a UCI, tendo em consideração os riscos e benefícios, planeando o trajeto, a estabilização da pessoa e os recursos humanos e materiais necessários. A composição da equipa de acompanhamento foi feita com base no protocolo de transporte da PSC do SU que define que esta deve ser composta pelo médico e enfermeiro responsáveis pela pessoa e com experiência em Suporte Avançado de Vida e transporte de PSC, pelo facto da pessoa se encontrar instável do ponto de vista hemodinâmico e poder necessitar de intervenção emergente ou urgente durante o transporte (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Posteriormente solicitei à administrativa que contactasse a UCI a informar que iríamos realizar o transporte da senhora, de forma a estarem prontos para a receber. Deleguei ao Assistente Operacional da sala de reanimação que trouxesse o monitor e a mala de transporte, onde se encontra material de intubação endotraqueal, fármacos de urgência e outros materiais que podem ser necessários. Confirmei que as seringas infusoras tinham bateria suficiente, selecionei o ressuscitador manual, monitorizei a senhora com o monitor de transporte em conformidade com as exigências de monitorização e liguei o ventilador à bala de oxigénio que foi colocada na maca, confirmando que esta tinha oxigénio previsível para todo o tempo de transporte. O ventilador da sala de reanimação está preparado para

realizar transportes intra e inter-hospitalares, sendo detentor de toda a monitorização e alarmes necessários, portanto apenas tive que o colocar na maca da pessoa através do suporte para o efeito. Por fim efetivou-se o transporte da senhora até à UCI, que decorreu sem intercorrências, e efetuou-se a transmissão da situação clínica da pessoa e terapêutica em curso, médico a médico e enfermeiro a enfermeiro, permitindo a continuidade dos cuidados (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Com esta experiência considero que desenvolvi competências de EE, uma vez que respondi de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, assegurei meios de evacuação e transporte, garanti a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação, orientei a decisão relativa às tarefas a delegar e avaliei a execução das tarefas delegadas (Regulamento N.º 429/2018; Regulamento N.º 140/2019).

Outra das valências onde tive oportunidade de prestar cuidados foi o balcão ambulatório macas. Aqui encontram-se as pessoas que estão em observação no SU e que não têm condições para aguardar sentadas ou que aguardam uma vaga no internamento em SO. Neste local observei que a privacidade da pessoa é muito vulnerável, uma vez que não existe limite de pessoas alocadas e face à afluência do SU torna-se difícil separar homens e mulheres, que acabam por se encontrar instalados no mesmo espaço físico. No estudo realizado por Silva (2009), as queixas relativas à privacidade no SU surgem em segundo lugar, logo a seguir ao tempo de espera. Existe uma preocupação por parte dos profissionais, contudo, em momento de maior afluência, a privacidade acaba por ser um pouco descurada. Assim sendo, o principal fator para este problema é o elevado número de pessoas no SU, porém as instalações e os recursos materiais insuficientes são também fatores contributivos.

Perante isto, durante a minha prestação de cuidados tive sempre o cuidado de colocar biombos entre as macas e não expor o corpo da pessoa por completo, expondo apenas as partes necessárias aos cuidados prestados. Desta forma preservei a sua privacidade e intimidade, que constitui um dever do enfermeiro, e respeitei o direito da pessoa à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 156/2015, 2015; Lei n.º 95/2019). Esta intervenção conferiu dignidade à pessoa, indo de encontro ao estabelecido no artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa que define que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária” (Decreto de aprovação da Constituição, 1976, p. 738).

Através desta experiência considero ter adquirido e desenvolvido várias competências do EE, nomeadamente a que diz respeito a “orientar a tomada de decisão na observância da deontologia profissional”, a promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na quipá de enfermagem onde estava inserida, a assumir a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional, a fomentar o respeito pelo direito do cliente à privacidade e a adotar uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa (Regulamento N° 140/2019).

Tanto nos balcões de ambulatório como nas SO observei que a passagem de turno ocorria junto às macas das pessoas devido à inexistência de um local apropriado para tal e ao elevado número de pessoas alocadas, o que coloca em risco a proteção da informação de saúde das pessoas.

A informação de saúde e a história clínica e familiar é propriedade da pessoa e não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos por lei. Por esta razão os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde devem tomar as precauções adequadas à proteção da sua confidencialidade, “garantindo a segurança das instalações e equipamentos, o controlo no acesso à informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais” (Lei n° 12/2005, p. 607).

Considerando confidencial toda a informação acerca da pessoa e família alvo dos meus cuidados e que a circulação da informação de saúde deve ser assegurada com respeito pela segurança e proteção dos dados pessoais e da informação de saúde, durante a passagem de turno nestas valências tive o cuidado de partilhar a informação só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, tendo em consideração o bem-estar, a segurança física, emocional e social e os direitos da pessoa e família. Tive também o cuidado de falar num tom de voz baixo para apenas os colegas que recebiam o turno ouvirem e sugeri à equipa realizar a passagem de turno num local onde permitisse garantir a segurança da informação, a privacidade e a confidencialidade das pessoas, como por exemplo junto às secretárias de registo. Desta forma procurei sensibilizar a equipa para a adoção de medidas promotoras da segurança dos dados pessoais. Outro aspeto relativo à informação de saúde da pessoa prendeu-se com o processo clínico informatizado em todo o SU. Uma vez que os computadores disponíveis eram utilizados por diversos profissionais de saúde, tive sempre o cuidado de desligar a sessão sempre que me ausentava, garantindo a proteção da informação contra o acesso não autorizado (Lei n° 156/2015; Lei n° 95/2019).

Desta forma considero que desenvolvi as competências comuns do EE no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, uma vez que desenvolvi uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Para além disto, assegurei a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, analisei a informação com o objetivo de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica, implementei medidas de prevenção e identificação de práticas de risco e sugeri a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos (Regulamento N° 140/2019).

Durante este estágio, para além de desenvolver competências no cuidado à PSC também tive oportunidade de desenvolver competências na área da gestão. Uma das atividades que realizei foi a gestão de camas de internamento, onde identifiquei as pessoas que se encontravam alocadas nas salas de reanimação que podiam ser deslocadas para as SO, uma vez que já não necessitavam de cuidados imediatos mas sim de uma vigilância apertada, e as pessoas que já podiam ser transferidas para outros serviços de internamento, articulando sempre com a equipa médica e o enfermeiro chefe de equipa.

O SU caracteriza-se por possuir uma procura excessiva, o que leva a que este serviço esteja constantemente sobrelotado, tornando-se prejudicial para as pessoas e profissionais e um complexo problema do Sistema Nacional de Saúde (Silva, 2009). Este serviço normalmente tem mais pessoas do que aquelas que consegue tratar, resultando num atraso significativo e num aumento da lista de espera (Matos, 2019). Segundo Costa, Santana & Lopes (2013) a falta de eficiência dos hospitais origina um aumento dos custos em 7,6%, portanto é essencial que os hospitais, principalmente o SU, forneçam cuidados de saúde eficientes e adequados à situação de saúde da pessoa. Face a isto, a gestão de camas é um processo complexo e fundamental para a prestação eficiente de cuidados de saúde de qualidade e a baixos custos. Matos (2019) afirma que esta gestão de camas é orientada para objetivos e assente no paradigma da cama certa para a pessoa certa no mais curto espaço de tempo possível. Portanto, é uma tarefa complexa que deve ser realizada com cuidado, responsabilidade e as ferramentas de suporte corretas. Para além disto, implica o conhecimento aprofundado do funcionamento do serviço e hospital, a compreensão dos motivos da demora média de internamento de cada enfermaria e os tempos de espera.

Considero que estas experiências proporcionaram-me o desenvolvimento de competências como a detenção de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua, a agilização da análise e do planeamento estratégico da

qualidade dos cuidados, a colaboração nas decisões da equipa de saúde e o reconhecimento de quando devo “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde (Regulamento N° 140/2019, p. 4745).

De seguida abordarei as atividades, resultados e competências desenvolvidas inerentes à concretização do segundo objetivo específico.

Contribuir para a qualidade do cuidado no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.

Com as situações vividas em estágio deparei-me com a falta de conhecimento existente no seio das equipas relativamente às intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa sob VMI. Foi o motor para a pesquisa preliminar sobre o fenómeno numa base de dados para identificar o “estado da arte”. Face à existência de estudos experimentais na Literatura, considerei pertinente realizar uma RSL de evidência de eficácia com o objetivo de identificar, na Literatura Científica, os estudos de natureza experimental com intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI e a sua eficácia.

Esta revisão foi realizada segundo a metodologia do JBI, portanto primeiramente realizou-se a construção das questões de investigação “Quais intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI, estudadas com método de natureza experimental?” e “Qual a eficácia das intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI?” utilizando a mnemónica PICO. Posteriormente elaborou-se os critérios de ilegitimidade (inclusão e exclusão) e decidiu-se considerar todos os estudos experimentais, quase experimentais, com grupo controlo e estudos pré e pós teste. A pesquisa final foi realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Cochrane Clinical Answers, MedicLatina Library, Information Science & Technology Abstracts, via EBSCOhost, e PubMed a 11 de Agosto de 2021. Por fim, foi elaborado um protocolo de revisão sistemática intitulado “Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva: protocolo de revisão sistemática da literatura de evidência de eficácia” (Apêndice 1) (Tufanaru, Munn, Aromatis, Campbell & Hoop, 2020). Este protocolo realizado à priori é importante porque pré-define os objetivos e métodos da RSL, fornecendo assim o plano para a sua realização (Tufanaru et. al, 2020).

Esta etapa do processo foi fundamental, pois permitiu elaborar o protocolo da RSL e apresentá-lo durante o próximo estágio, possibilitando a divulgação dos resultados da investigação realizada. Neste sentido, este objetivo será mais desenvolvido no próximo contexto que se abordará no presente relatório.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos

O segundo estágio decorreu numa UCI de um centro hospitalar (CH) da região de Lisboa e Vale do Tejo e decorreu de 29 de outubro a 18 de dezembro. Escolhi este hospital por ser o meu local de trabalho, facilitando-me a gestão do tempo, mas também por ser um hospital de referência face à população que abrange. Relativamente ao contexto de UCI, escolhi este contexto por ser uma área de grande interesse pessoal, onde pretendo exercer funções num futuro próximo, e por ser um contexto muito específico, controlado e complexo no cuidado à PSC, que me proporcionaria diversas oportunidades de aprendizagem e crescimento profissional e pessoal.

Segundo o Decreto nº 48358 (1968) este hospital é considerado um hospital central, por ser o hospital da sede de zona, e tem o objetivo de ser reconhecido como instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras, tanto no tratamento em ambulatório como em internamento. Visa diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com a pessoa e assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde.

A sua missão é promover a saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade das pessoas, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa. A sua área de influência abrange cerca de 120.000 habitantes.

A UCI, por sua vez, foi inaugurada na década de 80 e está integrada no serviço de Anestesiologia do hospital. A sua missão consiste em prestar cuidados altamente diferenciados às pessoas admitidas ou internadas no CH que apresentam falência de um ou mais órgãos, com risco de vida, necessitando de tratamento urgente e cuidados permanentes médicos e de enfermagem. Na UCI são internadas pessoas em situações de aúde-doença

médica ou cirúrgica, provenientes do Serviço de Urgência, dos Blocos Operatórios, das Enfermarias, das Unidades de Técnicas ou de Ambulatório do CH ou de outros hospitais.

Segundo a Ordem dos Médicos (2018, p. 4), um serviço de medicina intensiva (SMI) deve ser um “sistema organizado para prestação de assistência ao doente crítico, assegurando cuidados clínicos multiprofissionais intensivos e especializados, capacidade de monitorização avançada e múltiplas modalidades de suporte fisiológico de órgão para manter a vida durante um período de disfunção orgânica aguda”. De acordo com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva e a Federação das Sociedades de Cuidados Intensivos, um SMI pode ser classificado em três níveis de atenção à PSC com base nas técnicas utilizadas e as valências disponíveis (nível I, II e III).

Assim, a UCI onde decorreu este estágio é classificada como nível III, uma vez que tem capacidade para fornecer cuidados adequados à PSC de maior gravidade e complexidade, de acordo com o estado da arte e de forma continuada, incluindo técnicas e procedimentos como VMI, traqueotomias, monitorização hemodinâmica invasiva avançada, técnicas de suporte hemodinâmico e técnicas de substituição renal contínua. Isso implica a existência de quadros próprios com equipas especializadas, médica e de enfermagem, em atividade permanente e com assistência médica garantida por intensivista nas 24h (Ordem dos Médicos, 2018). Neste caso em específico, existe a presença contínua e permanente de 2 médicos diferenciados em Medicina Intensiva para a atividade assistencial na UCI e para o atendimento à emergência médica intra-hospitalar.

Esta unidade situa-se no piso 1 e é composta por 7 unidades totalmente equipadas com ventilador, sendo que a unidade 6 e 7 são quartos de isolamento com possibilidade de realizar pressão negativa. É uma UCI Polivalente, que recebe pessoas da área médica de Medicina, Cirurgia, Cardiologia, Neurocríticos e Trauma. Tem atribuído o Nível B de idoneidade pelo colégio da especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos por apresentar os requisitos estruturais e funcionais para formação de médicos do internato das especialidades médicas, assim como de enfermeiros, que é uma das prioridades do serviço (Ordem dos Médicos, 2018).

Relativamente ao seu espaço físico, está disposta em “*open space*” com 2 balcões de enfermagem, um para preparação de terapêutica e outro para realização de registos. Ao seu redor encontra-se o armazém de material e antes de entrar na unidade propriamente dita encontra-se o gabinete administrativo, sala dos médicos, gabinete de Enfermagem, sala de refeições, balneário, laboratório e zona de sujus. Com o surgimento da pandemia da Covid-19 em 2020 a UCI teve necessidade de expandir a unidade de modo a aumentar o número de

unidades de internamento e dar resposta às necessidades da população. Assim, no piso 3 o Hospital de Dia de Medicina foi transformado noutra UCI com capacidades para 5 unidades de internamento nível III para pessoas com teste ao Sars-Cov-2 positivo. No entanto, esta unidade necessita de remodelações, pois não consegue garantir pressão negativa e os profissionais de saúde carecem de melhores condições, uma vez que a sala de enfermagem continua a ser o antigo gabinete de administração do Hospital de Dia da Medicina, não têm balneários e a única casa de banho do serviço é usada como zona de sujos, tendo os profissionais que utilizar a casa de banho do serviço de Especialidade Médicas, que fica localizada fora da UCI.

Importa referir ainda que em maio de 2011 foi dado início ao funcionamento da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) por iniciativa e sob a coordenação da UCI, conforme o modelo proposto pela Direção Geral de Saúde, no sentido de alargar a assistência à PSC a todo o hospital. No entanto, desde 2019 que a EEMI está desativada por falta de Enfermeiros, uma vez que é a mesma equipa de Enfermagem que assegura as duas UCIs e a EEMI.

No que respeita à equipa de Enfermagem, esta é composta atualmente por 54 Enfermeiros, sendo que 10 são EE em EMC, 5 são EE em Enfermagem de Reabilitação e 2 são EE em Enfermagem de Saúde Comunitária. Encontram-se divididos em 8 equipas, em que uma delas é a equipa de Reabilitação. Fazem parte desta equipa apenas os EE em Enfermagem de Reabilitação e que realizam as suas intervenções durante o turno da manhã e da tarde, não têm PSC atribuídas e são extranumerários à equipa que compõem o turno.

Com a pandemia da Covid-19 surgiu a 8ª equipa, composta por 7 enfermeiros com experiência em PSC e UCI, que vieram em regime de trabalhadores independentes reforçar a equipa de forma a dar resposta às necessidades crescentes da população durante a pandemia. As restantes 6 equipas são compostas por 7 a 8 elementos, trabalham em regime de *rollman* e o chefe de equipa e o segundo elemento, por norma, são EE em EMC.

No que respeita à gestão do serviço, a chefia conta com o apoio dos chefes de equipa que, quando necessário, são escalados como extranumerários para realizar apenas tarefas de gestão no serviço.

Relativamente à distribuição todos os turnos são compostos por 7 a 8 enfermeiros, distribuídos pela unidade do 1º piso (4 enfermeiros) e do 3º piso (3 enfermeiros), em que 1 deles é o coordenador que fica responsável por garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e a gestão dos recursos. Este rácio foi estabelecido com base no *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28)*, que tem como objetivo calcular o nível de gravidade

das pessoas internadas em UCI, a carga de trabalho de enfermagem correspondente e o tempo gasto por cada enfermeiro no cuidado direto à pessoa (Queijo, 2002). No entanto, com a abertura da unidade do piso 3 este rácio deveria ter aumentado (Regulamento n.º 743/2019), contudo com a falta de enfermeiros não foi possível.

O método de trabalho preconizado na UCI é o individual, ou seja, os enfermeiros são distribuídos pelas pessoas internadas e cada um é responsável pelo cuidado. Neste tipo de método a atenção é centrada nas necessidades da pessoa, valorizando a personalização e a individualização dos cuidados. Porém, quando há a entrada de uma nova PSC, os enfermeiros trabalham em equipa ajudando-se mutuamente, apesar da pessoa ser sempre da responsabilidade do enfermeiro a quem está atribuída (Silva, 2017).

Relativamente à liderança, segundo Kouzes & Posner (2013) esta é um processo que ocorre sempre que alguém procura influenciar o comportamento de uma pessoa ou de um grupo, independentemente da sua finalidade. Como já referi anteriormente, atualmente as instituições baseiam-se na teoria transaccional e transformacional, que segundo Baker (1992) pode gerar resultados bastante interessantes, como menor rotatividade, elevados níveis de moral, mais motivação, melhor trabalho em equipa, melhor entendimento por parte da equipa dos objetivos e propósitos a atingir, sentimento de pertença à equipa e à instituição, e pessoas mais satisfeitas.

Na UCI o estilo de liderança é assente nesta teoria, pois com a pandemia da doença Covid-19 a chefia da equipa de enfermagem teve de adaptar-se e adaptar a sua equipa a uma nova realidade e serviço rapidamente, apoiando-se mutuamente, uma vez que esta unidade foi fulcral na prestação de cuidados à PSC e no tratamento desta doença durante o seu pico em Portugal. Para além disto, esta chefia faz questão de assistir às passagens de turno da equipa, tomando atenção ao que se passou em cada turno, o que incomoda a equipa, as dificuldades que sentiram, as glórias que alcançaram, dando e ouvindo opiniões. Sempre que possível, tenta suprimir as necessidades dos elementos da equipa, motiva-os a serem melhores profissionais e a procurarem adquirir mais competências de modo a prestarem cuidados de enfermagem de qualidade, partilhando formações, palestras, cursos e outros eventos, o que faz com que este estilo de liderança seja totalmente transformacional.

Porém, isto não impossibilita esta chefia de agir de acordo com a autoridade e legitimidade que lhe é reconhecida em termos formais para enfatizar as regras e normas estabelecidas e motivar para o cumprimento das tarefas e objetivos definidos, que nos remete para um estilo de liderança transaccional. Este define-se como uma transação entre o líder e o seguidor, em que o líder comunica as expectativas de desempenho, as metas e as devidas

compensações. Este líder supervisiona o desempenho dos seguidores e oferece reforços positivos para que estes atinjam os objetivos propostos. As decisões e atitudes do líder fundamentam-se nas regras existentes, portanto este tipo de liderança está mais presente nas organizações que possuem uma estrutura rígida e formal, nas quais é esperado que os colaboradores sigam as regras e respeitem a hierarquia (Peixoto, 2012).

Portanto, o perfil de liderança da equipa de enfermagem da UCI aproxima-se do preconizado por Avolio (1999), que considera que o perfil de liderança ideal é o caracterizado pela utilização do estilo transacional, em parte, e do estilo transformacional na maioria das suas ações.

Na formação de uma enfermeira a aquisição da competência é um ideal a atingir, a desenvolver e mesmo a enriquecer. É um conceito que se identifica muitas vezes com a excelência e que se desenvolve através de uma formação sólida, da personalidade da enfermeira e de um “saber fazer” orientado pelas regras da prática e pela capacidade de perceção, interpretação das situações vividas e pelo acumular de experiências marcantes (Phaneuf, 2005).

A atribuição do título de EE pressupõe que este possui um conjunto de competências aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Assim, visando a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC na Área de Enfermagem da PSC, mantive o objetivo geral para o presente estágio:

Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família.

A partir deste objetivo geral defini dois objetivos específicos:

- **Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos;**
- **Contribuir para a qualidade do cuidado no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.**

Abordarei seguidamente o primeiro objetivo específico, relatando situações vividas que desenvolveram as competências pretendidas.

- **Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos;**

Foram muitas as situações que vivenciei que levaram ao desenvolvimento de competências, uma delas começou no serviço onde exerço funções com um senhor que apresentava como diagnóstico médico Trombose da veia porta em estudo e que apresentava um abdómen distendido, volumoso e duro à palpação. A equipa médica prescreveu avaliação da Pressão Intra-abdominal (PIA) uma vez por turno, técnica com a qual a equipa de enfermagem não estava familiarizada por não ser comum no serviço. Por esta razão e por ser uma técnica mais usual da UCI, foi solicitado a norma de procedimento da UCI para medição da PIA.

Segundo Kirkpatrick et al. (2013) a PIA é a pressão de estado estacionário oculta no interior da cavidade abdominal, derivada da interação entre a parede abdominal e as vísceras, oscilando de acordo com a fase respiratória e a resistência da parede abdominal. É recomendado avaliar a PIA quando está presente qualquer fator de risco para a Hipertensão intra-abdominal (HIA) ou o Síndrome Compartimental Abdominal, e a sua unidade de medida são milímetros de mercúrio (mmHg). O valor fisiológico no adulto é até 5mmHg, no entanto, em pacientes com condições alteradas sem significado fisiopatológico pode oscilar entre 10 a 15mmHg e na PSC entre 5 a 7mmHg (Milanesi & Caregnato, 2016).

Como existia algumas dúvidas na equipa relativamente ao procedimento e à unidade de medida, acabei por discutir a situação com o meu Enfermeiro orientador num turno na UCI, visto estar mais familiarizado com a técnica. No fim, o meu Enfermeiro orientador acabou por partilhar comigo alguns documentos sobre a PIA, inclusive o Algoritmo para a sua avaliação publicado pela *World Society of the Abdominal Compartment Syndrome* (WSACS) através do qual foi elaborada a norma de procedimento da UCI. No entanto, este algoritmo datava de 2007 e a norma de procedimento de 2008, portanto decidi realizar uma pesquisa acerca do algoritmo mais recente e encontrei um publicado na *Intensive Care Medicine* em 2013 (Kirkpatrick et al., 2013) e que foi posteriormente adaptado pela WSACS em 2014 (WSACS, 2014).

Como o EE “reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747), acabei por partilhar estes documentos com o meu Enfermeiro orientador com o objetivo de atualizar orientações e possibilitar a reformulação da norma de procedimento de medição da PIA na UCI. Para além disso, realizei formação integrada no cuidado à equipa de enfermagem do serviço onde exerço funções, através da leitura do algoritmo e da norma de procedimento para avaliação da PIA Considero ter promovido a sua capacitação necessária para o executar corretamente

e em segurança. Só assim é possível obter valores de PIA fidedignos e prevenir e identificar precocemente complicações, visto que estes valores são determinantes no processo de tratamento adotado pela equipa médica (Milanesi & Caregnato, 2016).

Com esta situação, apesar de não ter ocorrido com uma pessoa internada na UCI, acabou por influenciar as normas e práticas aí realizadas e serve de exemplo em como desenvolvi as competências comuns do EE que consistem em usar evidência científica e as normas necessárias para a avaliação da qualidade, identificar oportunidades de melhoria, selecionar estratégias de melhoria, agilizar a elaboração de guias orientadores de boa prática, incrementar a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes, atuar como formador oportuno em contexto de trabalho e atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Regulamento N° 140/2019).

Ainda no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, no início do estágio na UCI questionei o meu Enfermeiro orientador acerca do instrumento utilizado pela equipa para avaliação da carga de trabalho de enfermagem, que me respondeu que era o TISS-28. Referi que apesar de ser o mais reconhecido, assim como validado para a população portuguesa, em 2017 foi adaptado e validado o Nursing Activities Score (NAS) para a população portuguesa por Macedo (2017). Fazendo ele parte do grupo de trabalho do TISS-28 na UCI, fez-me várias questões e acabamos por discutir o assunto, onde referi que tinha aplicado o NAS durante o estágio de Vigilância e Decisão Clínica, que decorreu noutra UCI, e que este era um instrumento de fácil aplicabilidade, objetivo e que avaliava os cuidados de enfermagem diretos e indiretos. Para além disto, está fundamentado essencialmente em intervenções de enfermagem específicas da UCI, tornando-o mais adequado para estimar a necessidade de recursos humanos comparativamente ao TISS-28, sendo por isso visto como um instrumento promissor no cálculo da carga de trabalho de enfermagem em UCI (Ducci, Zanei & Whitaker, 2008).

O TISS surgiu em 1974 com o objetivo de fornecer informação sobre os rácios da equipa de enfermagem e os custos da UCI. Consequentemente, permitia também medir a gravidade da situação de saúde das pessoas internadas e calcular a carga de trabalho de enfermagem. Este instrumento sofreu alterações ao longo dos anos e atualmente denomina-se de TISS-28 porque possui 28 itens que, para além de fornecer as informações anteriores, ainda quantifica a complexidade, o grau de invasividade e o tempo dispensado pelo enfermeiro no cuidado (Macedo, 2017). No entanto, este instrumento apenas mensura cerca

de 43,3% das intervenções de enfermagem, o que motivou os investigadores na construção da NAS em 2003, com o objetivo de ajustar o índice de modo a avaliar mais fielmente a carga de trabalho. O NAS mede cerca de 80,8% da carga de trabalho de enfermagem em UCI (Miranda et. al., 2003).

Segundo o Regulamento n.º 743/2019, a dotação adequada de profissionais, o nível de qualificação e o seu perfil de competências são aspetos fundamentais para alcançar índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, devendo serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. Neste sentido, o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao número de horas de cuidados por pessoa e por dia ou a tempos médios utilizados em procedimentos. É consensual que a definição de um rácio apropriado deva também considerar as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação.

Apesar do Enfermeiro orientador ter considerado a informação que partilhei com ele bastante relevante, todos os grupos de trabalho para melhoria da qualidade da UCI estavam suspensos devido à pandemia da Covid-19. Porém, houve um dia em que os enfermeiros que faziam parte do grupo de trabalho do TISS-28 se reuniram e eu tive oportunidade de participar na reunião, onde abordei a implementação do NAS.

Inicialmente o grupo não se mostrou muito recetivo, além do Enfermeiro orientador. Para além de partilhar a informação que já tinha partilhado anteriormente, expliquei que segundo a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, a recomendação de requisitos mínimos para uma UCI de nível III como aquela era um rácio enfermeiro/doente de 1/1, o qual não era cumprido com a abertura da UCI do piso 3 devido à pandemia. Para além disso, recomenda-se também que 50% dos enfermeiros da UCI sejam EE em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, sendo idêntica a regra para cada turno, e tal também havia dificuldade em cumprir (Regulamento n.º 743/2019).

Acrescentei ainda que o NAS foi elaborado com base nos cuidados de enfermagem na UCI, independentemente da patologia da pessoa internada, e que vários estudos defendem que deve fazer parte do quotidiano da equipa de enfermagem da UCI como instrumento de trabalho (Macedo et. al., 2021). Outros estudos salientam ainda que na PSC existe aumento da carga de trabalho devido ao tempo dedicado e que um adequado número de enfermeiros pode diminuir a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde, Pneumonias associadas à VMI, quantidade e tipologia de lesões cutâneas, tempo de ventilação, tempo de internamento, risco de mortalidade, burnout dos profissionais, insatisfação profissional e

diminuição de lesões músculo-esqueléticas (Queijo & Padilha, 2009). Só assim é possível fazer o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, visando a proteção da saúde, a segurança da pessoa cuidada, bem como dos enfermeiros envolvidos, e melhores cuidados de saúde (Regulamento n.º 743/2019).

Um rácio de enfermeiros diminuto também está relacionado com dificuldades na promoção dos cuidados de conforto devido ao tempo disponível no cuidado. Esta falta de tempo torna impeditivo conhecer a pessoa e obriga os enfermeiros a acelerarem o ritmo de trabalho, tornando-os menos atentos às necessidades de conforto da pessoa ou dificultando que esta transmita o que precisa (Ribeiro, 2012).

No fim, o grupo ainda ficou com dúvidas relativamente à validação do NAS. Há 1 ano atrás tinham contactado a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos que lhes tinha confirmado que o NAS ainda não estava validado para a população Portuguesa. Baseando a minha prática em evidência, partilhei a referência, que inclui o NAS adaptado e validado para a população portuguesa (Macedo, 2017)., através do meu Enfermeiro orientador, e o grupo ficou motivado a implementar o instrumento na UCI.

Deste modo, considero que desenvolvi algumas competências comuns do EE, nomeadamente a que se refere a deter conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e melhoria contínua, a divulgar experiências avaliadas como sendo de sucesso, a promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, a utilizar indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas, a fomentar a implementação de programas de melhoria continua da qualidade, a colaborar na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros, a cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, a reconhecer os meus recursos e limites pessoais e profissionais, a consciencializar a influência pessoal na relação profissional e a otimizar a congruência entre auto e heteroperceção (Regulamento N° 140, 2019, p. 4747).

Outra situação que tive oportunidade de vivenciar foi a de um senhor que se encontrava sob VMI e a realizar Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR), nomeadamente Hemodiafiltração (HDF) venovenosa contínua com heparina. Quando abordei o senhor verifiquei que apresentava o reflexo de tosse diminuído, farfalheira e polipneia, associado à sedação profunda, dando indícios de presença de secreções brônquicas no TOT.

Numa pessoa entubada orotraquealmente, como era o caso deste senhor, as suas defesas estão comprometidas, assim como os mecanismos de eliminação de secreções, o que gera um ambiente propício à formação e proliferação de microrganismos (Ribeiro, 2013) e desconforto. Vários estudos defendem que a higiene oral é a medida preventiva mais comum e fundamental para diminuir a proliferação de bactérias patogénicas da via oral para a árvore traqueobrônquica, sendo também um desafio para a equipa de enfermagem que garante estes cuidados diariamente às pessoas internadas na UCI (C. Cardoso, 2017). A consequência mais comum desta proliferação é a Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), que é uma infeção que surge na pessoa com TOT há mais de 48h ou que foi extubada há menos de 48h, sendo responsável pelo aumento dos dias sob VMI, de internamento na UCI, do uso de antimicrobianos e da mortalidade (Direção Geral da Saúde, 2017). É a mais comum das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e ocorre em 10% a 20% dos doentes sob VMI na UCI (C. Cardoso, 2017).

Neste sentido, a Direção Geral de Saúde (2017) criou um conjunto de intervenções num Feixe de Intervenção para a prevenção da PAV que consiste em rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sondação, discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatória e/ou extubação, manter a cabeceira do leito em ângulo superior ou igual a 30°, evitando momentos de posição supina, realizar a higiene oral com cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos três vezes ao dia (se idade superior a dois meses), manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos ou disfuncionantes, e manter a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20-30 cmH₂O.

Face a isto, seguindo a norma da Direção Geral de Saúde (2017) e a norma de procedimento do serviço para a prevenção da PAV, abordei a equipa médica no sentido de se rever, e se possível, reduzir a sondação, mantive a cabeceira da cama a 30° e verifiquei se a pressão do cuff do TOT se encontrava nos 30cmH₂O. Realizei a aspiração de secreções brônquicas na cavidade oral e intra-tubo, utilizando técnica asséptica nesta, verificando a existência de sialorreia rosada e viscosa em moderada quantidade e secreções brônquicas hemáticas também em moderada quantidade. Depois desta intervenção o senhor ficou mais confortado, eupneico e eu aproveitei para realizar a higiene oral com solução de cloro-hexidina a 0,2%, trocar o fio de nastro que prende o TOT e trocar o swivel, que se encontrava sujo de secreções. No final atualizei o plano de cuidados da pessoa, registando as intervenções implementadas.

Com esta situação considero que desenvolvi as competências de demonstrar conhecimento das diretivas da Comissão de Controlo de Infeção e de demonstrar

conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que me permitam ser referência para a equipa que cuida da PSC/falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos (Regulamento N° 429, 2018, p. 19359).

Ainda no âmbito da prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos e utilizando a mesma situação, durante a passagem de turno a colega passou que havia a suspeita da presença de Escabiose na pessoa, mas como a colega não tinha muita experiência com essa patologia e perante a pouca luminosidade existente durante o turno, solicitou-me que verificasse durante o meu cuidado.

Durante os cuidados de higiene e conforto ao senhor, que foram realizados com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhotes nos primeiros 5 dias após admissão para prevenção da infeção por *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina* (MRSA) (Direção Geral de Saúde, 2015), cumprindo o protocolo do serviço, verifiquei que este apresentava pápulas eritematosas dispersas pela região abdominal e pernas, assim como sulcos acarinos na região dos punhos, que são manifestações clínicas da Escabiose (Santiago & Januário, 2017), pelo que informei imediatamente a equipa médica que observou o senhor.

A Escabiose é uma infeção cutânea provocada pelo ácaro, comum em todo o mundo, estimando-se que 300 milhões de pessoas sejam afetadas anualmente. Está associada a fatores de risco como a pobreza, aglomerados populacionais, malnutrição e maus cuidados de higiene, sendo mais comum no inverno pela existência de maior proximidade física e pela sobrevivência aumentada do ácaro em temperaturas frias (Santiago & Januário, 2017). A sua epidemiologia em Portugal não é conhecida, visto não ser uma doença de declaração obrigatória, contudo é altamente contagiosa através do contacto pele com pele, sendo menos frequente, mas não impossível, através do contacto com roupas contaminadas. O sintoma mais comum é o prurido intenso, generalizado e com agravamento noturno, e as suas manifestações clínicas consistem em pequenas pápulas eritematosas, por vezes escoriadas e com crostas hemorrágicas à superfície, e sulcos acarinos, que consistem em lesões lineares finas, acastanhas ou avermelhas, com 2 a 15mm de comprimento. Estas lesões encontram-se habitualmente nas pregas interdigitais das mãos, faces laterais dos dedos, punhos, axilas, cotovelos, umbigo, cintura pélvica, tornozelos, pés, nádegas, aréola mamária, pénis e escroto no caso do homem (Santiago & Januário, 2017).

Como a pessoa tinha colhido a zaragatoa nasal para pesquisa de MRSA no turno anterior já se encontrava em isolamento de contacto profilático, razão pela qual adotei no início dos cuidados precauções básicas do controlo de infeção (PBCI), nomeadamente a

utilização de equipamento de proteção individual (EPI) como luvas, bata e máscara FFP2 (Direção Geral de Saúde, 2015). Desde o surgimento da Covid-19 que o uso de máscaras FFP2 está recomendado pela Direção Geral de Saúde (2020) em procedimentos geradores de aerossóis ou na prestação de cuidados diretos a pessoas que não toleram ou estão impossibilitadas de utilizar máscara cirúrgica, como é o caso das pessoas sob VMI.

As PBCI, nomeadamente as precauções de isolamento de contacto, estão indicadas em todas as pessoas com suspeita, infeção ou colonização por microrganismos epidemiologicamente importantes ou com infeções cutâneas altamente contagiosas, como por exemplo a Escabiose, que possam ser transmitidas por contacto direto ou indireto com a pessoa. As medidas específicas neste tipo de isolamento passam pela higienização das mãos, o uso adequado de luvas, bata ou avental, a higiene da pessoa, a individualização de materiais e equipamentos, a descontaminação adequada da unidade, a gestão adequada dos resíduos e roupa e precauções no transporte intra e inter-hospitalar (Instituto Nacional de Saude Dr. Ricardo Jorge, n.d.).

O tratamento da Escabiose estrutura-se em duas fases, nomeadamente, a erradicação dos ácaros e o controlo da transmissão. A escolha do tratamento tem por base diversos fatores, mas em Portugal o tratamento de referência é com Benzoato de benzilo de aplicação tópica (Santiago & Januário, 2017), portanto após prestar os cuidados de higiene ao senhor apliquei o fármaco, já prescrito pelo médico assistente, seguindo as indicações do fabricante para a sua aplicação. Posteriormente deleguei à AO que colocasse apenas sacos de resíduos de grupo III na unidade do senhor, uma vez que todos os resíduos seriam contaminados (Despacho nº 242/96, 1996) e que colocasse a roupa dentro de um saco próprio para roupa contaminada, de forma a estar identificada, a ser acondicionada e tratada como tal. Verifiquei ainda se o material utilizado era descontaminado e reforcei a limpeza e desinfeção da unidade, garantindo assim a segurança e a qualidade (Direção Geral de Saúde, 2013).

As pessoas que representem um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocadas num local que minimize esse risco, como por exemplo um quarto individual (Direção Geral de Saúde, 2013). Contudo isso não foi possível porque os dois quartos individuais existentes no serviço encontravam-se ocupados com pessoas infetadas com Covid-19. Assim, o senhor manteve-se na unidade onde se encontrava, uma vez que esta ficava localizada numa das extremidades da UCI e a unidade ao seu lado encontrava-se vazia.

No fim ainda sensibilizei a equipa multidisciplinar para as 5 etapas da correta higienização das mãos (1. Antes do contacto com a pessoa; 2. Antes de procedimentos

limpos/assépticos; 3. Após o risco de exposição a fluidos orgânicos; 4. Após contactar com a pessoa ou com a sua unidade; 5. Após a remoção de EPI), pois é uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos durante a prestação de cuidados (Direção Geral de Saúde, 2013) e atualizei o plano de cuidados da pessoa, registando as intervenções que realizei.

Com esta situação considero que desenvolvi as competências comuns do EE que definem que este “Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo de infeção”, “Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar”, “Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar” e “Avalia a execução das tarefas delegadas” (Regulamento N° 140, 2019, p. 4748). Considero ainda que adquiri e desenvolvi as competências específicas do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC que elucidam que o EE “Demonstra conhecimentos do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção”, “Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção”, “Estabelece as estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço”, “Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica”, “Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos” e “Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas” (Regulamento N° 429, 2018, p. 19364).

Na UCI a maioria das pessoas estão sob VMI, o que acaba por dificultar a comunicação com elas. Por essa razão a comunicação não-verbal é muito comum, assim como o uso de estratégias de comunicação. Durante o meu estágio na UCI prestei cuidados a uma senhora de etnia cigana que tinha sofrido um Acidente Vascular Cerebral e estava sob VMI. A senhora encontrava-se consciente e orientada e apresentava uma parésia acentuada do hemicorpo esquerdo, razão pela qual comunicava através de gestos com a mão direita e acenos com a cabeça.

A comunicação não verbal engloba várias expressões corporais e comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, contribuindo para o seu significado. Nas instituições de saúde as relações entre a enfermeira e a pessoa fazem-se frequentemente num clima de tensão, medo e sofrimento, portanto a comunicação não verbal da pessoa cuidada torna-se um elemento fundamental da comunicação. Este tipo

de comunicação é repleta de sentido, intenções e emoções que as palavras não conseguem traduzir, integrando 93% do significado das mensagens (Phaneuf, 2005).

No primeiro dia que prestei cuidados à senhora, após finalizar a higiene no leito reparei que a pessoa ficou com uma fâcies triste. Perguntei se estava confortável e se a posição em que tinha ficado era a desejada, ao qual me respondeu que sim com aceno da cabeça. Nesse caso, perguntei se tinha dores e voltou a responder-me que não, mas mantinha a mesma fâcies, como se não estivesse satisfeita. Perguntei o que se passava e, embora relutante, acabou por apontar para o cabelo com a mão. Após a higiene tinha penteado o cabelo da senhora e feito um apanhado para maior conforto no leito, pelo que não estava a conseguir perceber o que se passava. Numa tentativa de descobrir e prestar maior conforto à pessoa, fui fazendo várias perguntas simples e diretas e solicitei que a senhora tentasse exemplificar o que queria com a mão direita, e esta acabou por enrolar o apanhado e eu percebi que o que ela desejava era que eu lhe fizesse uma trança no cabelo, pois é um dos seus costumes. Acabei por desmanchar o apanhado que tinha acabado de fazer e elaborar uma trança o melhor que consegui, perguntando no final se estava do seu agrado, ao qual me respondeu com um aceno de cabeça e de mão e um grande sorriso.

Esta situação vai de encontro com diversos estudos que relatam que a percepção do conforto varia em função da cultura, do sexo, das circunstâncias, do estado de saúde, da experiência da doença, do ambiente e das expectativas e necessidades da pessoa, pois o que para esta senhora era significativo de conforto, para outra poderia ser indiferente. Por esta razão o conforto é um processo individual, relativo a um momento particular e que se caracteriza pela sensação de tranquilidade, comodidade, satisfação e pela possibilidade de se poder obter o desejado em qualquer momento (Ribeiro, 2012).

Posto isto, com esta experiência considero que adquiri e desenvolvi as competências do EE que especificam que este “Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar”, “Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da PSC e/ou falência orgânica”, “Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”, “Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da PSC e/ou falência orgânica”, “Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde”, “Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos” e “Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte

das percepções de segurança e de um indivíduo/grupo” (Regulamento N° 429, 2018, p. 19363; Regulamento N° 140, 2019, p. 4746-4747).

Durante o meu percurso de estágio na UCI tive também a oportunidade de realizar intervenções na área da gestão, ocupando o lugar de responsável de turno, sempre com a supervisão do meu Enfermeiro Orientador. Como este é um dos enfermeiros mais experientes na UCI e é Mestre em Enfermagem, com especialização em EMC na área da PSC, era ele que assumia a função de chefe de equipa e enfermeiro gestor quando a chefia do serviço não estava presente. Isto ofereceu-me a possibilidade de observa-lo a realizar atividades na área da gestão, assim como assumir esta responsabilidade nas últimas semanas do estágio.

Segundo Freitas (2018), o papel do líder de uma equipa como enfermeiro gestor é fulcral na orientação e condução da mesma no caminho da missão e dos objetivos da instituição, visando a qualidade e segurança dos cuidados. Para além disso, a “necessidade de excelência da gestão em enfermagem e nos serviços de saúde deve ser promovida” (Sousa, 2012, p. 42).

A qualidade e a segurança no sistema de saúde consistem numa obrigação ética por contribuírem para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que os cuidados de saúde são prestados. A qualidade em saúde é definida como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão” (Despacho N° 5613/2015, 2015, p. 13551). Esta pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão e a avaliação da qualidade destes cuidados visa a melhoria contínua e o aumento da efetividade dos mesmos, integrando os objetivos do sistema de saúde atual (Despacho n° 5613/2015, 2015; Cardoso, 2015). Neste sentido surgiu a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, aprovada pelo Despacho n° 5613/2015, que estabelece a obrigação das instituições e profissionais de saúde de assegurar que os cuidados de saúde prestados respondem a critérios de qualidade (Despacho N° 5739/2015, 2015).

A avaliação da qualidade é constituída por três componentes: estrutura, caracterizada por aspetos estáveis como as instalações da organização de saúde, os equipamentos, a experiência e formação dos profissionais, os recursos, os locais, o ambiente e o modelo de organização do trabalho; processo, que consiste no conjunto de intervenções realizadas pelos profissionais de saúde e as respostas das pessoas cuidadas; e resultados, referente aos

resultados obtidos, complicações, eventos adversos, custos associados ao internamento hospitalar e a satisfação das pessoas (Cardoso, 2015).

Neste sentido, realizei intervenções como: gerir o mapa das dietas para as pessoas internadas, tendo em conta as suas patologias, gostos e necessidades nutricionais; registar o número de cateteres em uso (cateter venoso central, cateter venoso periférico, cateter vesical, cateter de hemodiálise, linha arterial) para a auditoria do controlo de infeção; registar a presença de úlceras por pressão para a auditoria da prevenção das úlceras por pressão; registar recados do turno na folha de recados gerais para posteriormente informar a chefia do serviço; pedir o arranjo de equipamentos; testar e montar ventiladores; testar desfibrilhadores; realizar pedido de material em falta, assegurando o seu fornecimento; verificar, contabilizar e registar os estupefacientes; e realizar a gestão da equipa multidisciplinar, tendo em conta as pessoas internadas e as suas características.

No que diz respeito à gestão da equipa, tanto de enfermeiros como de AO, esta foi deveras desafiante, pois envolve uma tomada de decisão tendo por base a segurança e a qualidade do cuidado, implica métodos de organização de trabalho, comunicação interpessoal e um estilo de liderança que mantenha um ambiente positivo e favorável. Segundo Ribeiro (2012) este ambiente tem um efeito positivo no conforto e contextualiza-se na liderança que é reconhecida como promotora de segurança. Este ambiente favorável promove também o espírito de equipa e a sua rentabilidade, numa prática de cuidados que revela ser holística e humanista e que contribui para a satisfação pessoal e profissional dos enfermeiros.

Segundo o Regulamento nº 140/2019, o EE na gestão dos cuidados deve adequar os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados. Neste sentido, optei por um estilo de liderança transformacional (Peixoto, 2012), fazendo a distribuição dos Enfermeiros e AO tendo em conta a continuidade dos cuidados, a preferência de cada elemento, as suas competências, as características da pessoa cuidada, a gravidade da situação e as suas necessidades. Tal não significa satisfazer a vontade dos elementos da equipa, mas sim identificar as necessidades que estejam diretamente ligadas à motivação e à autorrealização, revelando uma liderança que incorpora as situações e a gestão dos cuidados (Ribeiro, 2012).

Também tive oportunidade de participar na gestão do PC, onde o meu Enfermeiro orientador me levou a ver onde se localizava a válvula de água em caso de inundação, o quadro elétrico, os extintores existentes no serviço, verificando a sua validade, o quadro de gases (Oxigénio, Ar e Vácuo) e como proceder caso seja necessário interromper o seu

fornecimento à UCI. Para além disso, após ter acesso ao PC do serviço, o meu Enfermeiro orientador colocou-me uma situação problema simulada, em que caso fosse acionado o PC no hospital e fosse necessário evacuar a UCI como é que eu procederia sendo chefe de equipa. Integrei a resposta perante o número de pessoas internadas, a gravidade da sua situação e o seu grau de dependência, concebendo, planeando e gerindo uma resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência.

Assim sendo, considero que adquiri e desenvolvi as competências comuns do EE que definem que este “Reconhece a sua competência na área da sua especialidade”, “Integra auditorias clínicas”, “Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos”, “Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados”, “Implementa métodos de organização de trabalho adequados”, “Coordena a equipa de prestação de cuidados”, “Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade”, “Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade”, “Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa”, “Fomenta um ambiente positivos e favorável à prática”, “Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado” e “Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências” (Regulamento N° 140/2019, p. 4746 - 4749). Relativamente às competências específicas do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC, considero que adquiri e desenvolvi as seguintes competências: “Salvaguarda condições de segurança”, “Difunde o plano de emergência e catástrofe pela equipa”, “Colabora na revisão do plano de emergência ou catástrofe”, “Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe”, “Define prioridades de atuação”, “Sistematiza as ações a desenvolver em situações de emergência ou catástrofe” e “Demonstra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência” (Regulamento N° 429/2018, p. 19363 - 19364).

Terminado a análise do primeiro objetivo específico, continuarei com a análise crítica das atividades correspondentes ao segundo objetivo específico:

- **Contribuir para a qualidade do cuidado no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.**

Relativamente ao segundo objetivo estabelecido para este estágio, também aqui deparei-me com algumas lacunas de conhecimento relativamente às intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI. Apesar da equipa ter noção da sua

importância, a escassa literatura dificulta a sua implementação. No entanto, algumas intervenções simples como diminuir a luminosidade da unidade, ajustar o volume dos monitores e manter a comunicação com as pessoas, mesmo estando sedadas e curarizadas, são implementadas no serviço com o objetivo de promover o conforto e facilitar o processo de despertar.

Tendo em conta que o EE deve contribuir para a educação, consultoria e liderança dos pares, assumindo a responsabilidade de identificação de lacunas de conhecimento e criação de oportunidades de aprendizagem (Regulamento nº124/2011), decidi participar no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem. Para tal, submeti o resumo do protocolo da RSL e, após este ser aceite, elaborei um póster com o tema “Intervenção não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva: protocolo de revisão sistemática da literatura de evidência de eficácia” (Apêndice 3) que recebeu uma menção honrosa (Anexo 1). O seu resumo foi ainda publicado no e-book intitulado “IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde” que foi publicado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Apêndice 2). Por fim, de modo a disseminar o conteúdo da RSL elaborei o presente relatório e um artigo científico cujo protocolo foi submetido na plataforma internacional de registo prospetivo de revisões sistemáticas PROSPERO (Anexo 2) e este submetido à revista científica *Nursing in Critical Care* (Anexo 3), que se encontra em fase de análise pelos revisores.

Com estas atividades considero que desenvolvi competências de EE, nomeadamente, a que se refere a diagnosticar necessidades formativas, a favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, a identificar lacunas no conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, a investigar e colaborar em estudos de investigação, a interpretar, organizar e divulgar resultados provenientes da evidencia que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, a contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, e a usar as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados (Regulamento N° 140/2019).

CONCLUSÃO

Refletir sobre os aspetos da prática clínica obriga-nos a questionar sobre o sentido do fazer e como fazer, tornando a reflexão crítica num importante instrumento de aprendizagem, uma vez que permite-nos estimular a capacidade reflexiva ao longo dos processos de desenvolvimento (Mendes, 2016).

É com base nesta reflexão crítica que está assente o presente relatório que visa, juntamente com a discussão pública do mesmo, a atribuição do título de Mestre em Enfermagem e Especialista em EMC na área da PSC. Fazendo uma análise dos objetivos que estabeleci no seu início, considero que os concretizei uma vez que descrevi de forma detalhada os contextos onde decorreu o estágio que contempla este relatório, fundamentei a minha tomada de decisão em evidência científica atual e num modelo teórico, nomeadamente na Teoria do Conforto, e descrevi situações que vivenciei e que evidenciam que adquiri e desenvolvi as competências comuns e específicas do EE.

Quando me refiro às competências comuns refiro-me àquelas competências que dizem respeito à responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, à gestão dos cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais consagradas no Regulamento nº 140/2019. Quanto às competências específicas, refiro-me às do EE em EMC que estão contempladas no Regulamento nº 429/2018 e que consistem em: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.

Relativamente ao segundo objetivo estabelecido, considero que também este foi atingido, uma vez que elaborei e apresentei um Poster científico no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem que resume o protocolo da RSL de eficácia que realizei e que aqui se apresenta, disseminando assim o seu conteúdo. Para além disso, tenciono num futuro próximo divulgar os resultados desta minha investigação através da publicação do artigo na revista científica *Nursing in Critical Care*, de modo a contribuir para a prática clínica e para a academia.

Ao longo deste percurso e durante a elaboração deste relatório deparei-me com várias dificuldades, principalmente em conciliar a minha vida pessoal com a profissional e com o estágio, a realização da RSL e o presente relatório. Face à situação pandémica que o país vive atualmente, as alterações no meu contexto de trabalho foram constantes, assim como as exigências e a necessidade de turnos extras, o que fez com que sentisse que o tempo que dispunha para a vida pessoal e académica era curto, impossibilitando-me de realizar mais atividades durante o estágio e progredir na RSL e no relatório como desejava. Para além disso, senti dificuldade em selecionar as experiências que melhor justificassem a aquisição e o desenvolvimento das competências de EE, não por serem escassas, mas sim por este estágio ter sido deveras enriquecedor e repleto dessas experiências.

O facto de ter escolhido dois contextos de estágio em instituições diferentes e tão complexos possibilitou-me conhecer diferentes realidades e perspetivas relativamente aos cuidados de saúde, assim como vivenciar situações inesquecíveis, o que favoreceu ainda mais a minha aprendizagem e desenvolvimento como Enfermeira. Para além disso, tive a oportunidade de conhecer equipas de enfermagem relativamente jovens mas experientes e diferenciadas, possibilitando a reflexão sobre a prática e a partilha de conhecimentos e experiências que foram bastante enriquecedoras.

Por fim, tanto o estágio como o próprio mestrado possibilitaram-me a criação de amizades que interferiram de forma positiva neste meu percurso. Também elas contribuíram para a minha mudança, pois considero que já não sou a mesma pessoa nem a mesma enfermeira que era quando ingressei neste curso. Ele fez-me crescer e aperfeiçoar-me como profissional de saúde numa área em que eu tinha tantas dúvidas e que atualmente faz-me tanto sentido.

REFERÊNCIAS

- Acosta, A. M., Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. da S. (2012). Atividades do Enfermeiros nos Sistemas de Troagem/Classificação de Risco nos Serviços de Urgência: Revisão Integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 181–190. Acedido em 30/04/2022. Disponível em <http://www.scielo.br/>
- Aghaie, B., Rejeh, N., Heravi-karimooi, M., & Ebadi, A. (2013). Effect of nature-based sound therapy on agitation and anxiety in coronary artery bypass graft patients during the weaning of mechanical ventilation: A randomised clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*, 1–13. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.003>
- Akta, Y., & Karabulut, N. (2015). The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. *British Association of Critical Care Nurses*, 1–9. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1111/nicc.12159>
- American Heart Association. (2021). *Suporte avançado de Vida Cardiovascular. Manual do Profissional* [s.n][s.l].
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 2^a série (9), 61–67. Acedido em 22/03/2022. Disponível em https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=comforto&id_artigo=2133
- Avolio, J. B. (1999). *Full Leadership Development: Building the vital forces in organization*. Londres: Sage Publications.
- Baker, A. M. (1992). *Transformational Nursing Leadership: A Vision for the Future*. New York: National League for Nursing Press.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., ... & Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>

- Beja, A.; Filipe, E. (2013, Novembro). Jones Dependency Tool: um instrumento de gestão em contexto de urgência, resultados da aplicação em progresso. In *2º Encontro de Enfermagem de Urgência*. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa. Disponível em <http://Repositório do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central>, EPE: Jones Tool: Um Instrumento de Gestão em Contexto de Urgência, Resultados da Aplicação em Progresso (min-saude.pt)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Boudiab, L., & Kolcaba, K. (2015). Comfort Theory: Unraveling the Complexities of Veterans' Health Care Needs. *Advances in Nursing Science*, 38 (4), 270–278. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000089>
- Brugada, J., Katritsis, D. G., Arbelo, E., Arribas, F., Bax, J. J., Blomstrom-Lundqvist, C., Calkins, H., ... & Gupta, D. (2020). 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. *European Heart Journal*, 41(5), 655–720. Acedido em 18/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz467>
- Cardoso, C. (2017). *Práticas e Conhecimentos dos Enfermeiros na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação na Unidade de Cuidados Intensivos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria, Leiria. Disponível em <https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/3030/1/Praticas e Conhecimentos dos Enfermeiros %2Bcristiana cardoso.pdf>
- Cardoso, R. (2015). *As infeções associadas aos cuidados de saúde* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em [https://As infeções associadas aos cuidados de saúde | Estudo Geral \(uc.pt\)](https://As infeções associadas aos cuidados de saúde | Estudo Geral (uc.pt))
- Cone, K. (2000). *The Development and Testing of an Instrument to Measure Decision Making in Emergency Department Triage Nurses* (Tese de Doutoramento). Saint Louis University, Saint Luis. Disponível em <https://www.proquest.com/openview/1ad3a3156d65abb5935c878e9fb857d7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). *Custos e Preços na Saúde: Passado, presente e futuro*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Decreto de aprovação da Constituição (1976). Decreto de aprovação da Constituição de 10 de Abril. Presidência da República. Diário da República, 1ª série (Nº 86 de 10 de Abril), 738-775. Disponível em [Decreto de Aprovação da Constituição | DRE](https://www.dre.pt)

- Decreto N.º 48358. (1968). Regulamento Geral dos Hospitais. Ministério da Saúde e Assistência. *Diário Da República, 1.ª Série* (N.º 101 de 27 de Abril), 612–626. Disponível em <http://06120626.pdf> (dre.pt)
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica e níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência. Ministério da Saúde. *Diário Da República, 2.ª Série* (N.º 153 de 11 de Agosto), 8174–8175. Disponível em <http://2067320678.pdf> (dre.pt)
- Despacho n.º 242/96. (1996). Normas de organização e gestão global dos resíduos hospitalares. Ministério da Saúde. *Diário Da República, 2.ª Série* (N.º 187 de 13 de Agosto), 11380–11381. Disponível em https://iasaude.pt/UPS/legislacao/242_96.pdf
- Despacho n.º 5613/2015. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009 - 2014. Ministério da Saúde. *Diário Da República, 2.ª série* (N.º 102 de 27 de Maio), 13550–13553. Disponível em 1355013553.pdf (dre.pt)
- Despacho n.º 5739/2015. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde - Determina a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde. *Diário Da República, 2.ª série* (N.º 104 de 29 de Maio), 13878–13879. Disponível em 1387813879.pdf (dre.pt)
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Circular Normativa n.º 07: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Lisboa, Direção Geral de Saúde. Disponível em www.east.org/tpg.asp.
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Orientação 021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Lisboa, Direção Geral da Saúde. Disponível em <http://orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx> (dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)* (atualizada a 31/10/2013). Lisboa, Direção-Geral De Saúde. Disponível em https://iasaude.pt/UPS/legislacao/242_96.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Norma 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados* (atualizada a 27/04/2015). Lisboa, Direção Geral Da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>

- Direção Geral de Saúde. (2017). *Norma nº 21/2015: “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação* (atualizada a 30/05/2017). Lisboa, Direção Geral de Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2020). *Norma 007/2020: Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-Cov-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. Lisboa, Direção-Geral Da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Norma 004/2020: Abordagem da Suspeita ou Confirmação de COVID-19* (atualizada a 05/01/2022). Lisboa, Direção Geral Da Saúde. Disponível em <https://www.inem.pt/2022/01/06/dgs-atualiza-normas-sobre-isolamento-e-rastreio-de-contactos/>
- Ducci, A., Zanei, S., & Whitaker, I. (2008). Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 42 (4), 673–680. Acedido em 18/03/2022. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/250051980_Carga_de_trabalho_de_enfermagem_para_quantificar_proporcao_profissional_de_enfermagempaciente_em_UTI_cardiologica
- Duro, C., & Lima, M. (2010). O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(3), 1–6. Acedido em 30/04/2022. Disponível em <https://doi.org/10.3132/html>
- Esteban, A., Anzueto, A., Alía, I., Gordo, F., Apezteguía, C., Pálicas, F., Cide, D., ... & Tobin, M. J. (2000). How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? An International Utilization Review. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161, 1450–1458. Acedido em 04/11/2021. Disponível em [https://www.How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? \(atsjournals.org\)](https://www.How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? (atsjournals.org))
- Ferrito, C., Madureira, M., & Lourenço, M. (2021). *Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório.”* Acessível na Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Freitas, C. (2018). *Gestão em Enfermagem: O Perfil de Competências* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Disponível em

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25785/1/TESE Carla Freitas Final.pdf>

- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9, 96–109. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1186/cc3026>
- Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de Urgência* (2ª edição). Amadora: Grupo Português de Triagem.
- Han, L., Li, J. P., Sit, J. W. H., Chung, L., Jiao, Z. Y., & Ma, W. G. (2010). Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7–8), 978–987. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2009.02845.X>
- Henriques, A. (2012). *Comprometimento com os objetivos: Relação entre a forma de definição dos objetivos, auto-eficácia e desempenho dos treinadores personalizados* (Dissertação de Mestrado). ISCTE Business School, Lisboa. Disponível em: http://TESE_André Henriques_Comprometimento com os Objetivos.pdf (iscte-iul.pt)
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (n.d.). *Recomendações para as Precauções de Isolamento, Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-as-precaucoes-de-isolamento-precaucoes-basicas-e-precaucoes-dependentes-das-vias-de-transmissao-em-revisao-pdf.aspx>
- Kirkpatrick, A. W., Roberts, D. J., De Waele, J., Jaeschke, R., Malbrain, M. L. N. G., De Keulenaer, B., Duchesne, J., ... & Olvera, C. (2013). Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: Updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Medicine*, 39 (7), 1190–1206. Acedido em 18/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2906-z>
- Kolcaba, K. (1991). Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237–240. Acedido em 22/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>

- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184. Acedido em 25/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Kolcaba, K. (1995). The Art of Comfort Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287–289. Acedido em 22/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. Acedido em 22/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301–1310. Acedido em 22/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>
- Kouzes, J. M. & Posner, B. Z. (2013). *O Desafio da Liderança*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional dos Editores de Livros.
- Kwack, W. G., Yun, M., Lee, D. S., Min, H., Choi, Y. Y., Lim, S. Y., Kim, Y., Lee, S. H., Lee, Y. J., Park, J. S., & Cho, Y. J. (2018). Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team A cohort study. *Medicine (United States)*, 97(48). Acedido em 13/05/22. Disponível em <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013490>
- Lee, C. H., Ling, C., Yi, L., Sung, H., & Yu, M. (2017). Comparing effects between music Lee, C. H., Ling, C., Yi, L., Sung, H., & Yu, M. (2017). Comparing effects between music intervention and aromatherapy on anxiety of patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit : a randomized controlled trial. *Quality of Life Research*, 26(7), 1819–1829. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1525-5>
- Lee, C., Lee, C., Hsu, M., Lai, C., Sung, Y., Lin, C., Ot, L., & Lin, L. (2016). Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit : A Randomized Controlled Trial. *Biological Research for Nursing*, 110, 1–8. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1177/1099800416669601>
- Lei nº 12/2005 (2005). Informação genética pessoal e informação de saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, 1ª série (Nº 18 de 26 de Janeiro), 606-611. Disponível em <http://Lei.n.º12/2005|DRE>

- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário Da República, 1ª série* (N.º 181 de 16 de Setembro), 8059–8105. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lei n.º 27/2006 (2006). Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Assembleia da República. *Diário da República, 1ª série* (N.º 126 de 3 de Julho), 4696-4706. Disponível em Lei n.º 27/2006 | DRE
- Lei n.º 95/2019 (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. Assembleia da República. *Diário da República, 1ª série* (N.º 169 de 4 de Setembro), 55-66. Disponível em *0005500066.pdf (dre.pt)
- Matos, D. (2019). *Proposta de um Modelo de Gestão de Camas para Melhoria da Eficiência de um Departamento de Cirurgia num Hospital Central* (Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto. Disponível em Repositório Aberto da Universidade do Porto: Proposta de um Modelo de Gestão de Camas para melhoria da eficiência de um departamento de cirurgia num hospital central (up.pt)
- Macedo, R., Dias, A., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., Macedo, M. (2021). Nursing Activities Score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Revista Servir*, 2 (1), 19-30. Acedido em 22/03/2022. Disponível em [http://Visualização de N.º 01 \(2021\): Série 2, n.º 1 \(rcaap.pt\)](http://Visualização de N.º 01 (2021): Série 2, n.º 1 (rcaap.pt)
- Macedo, R. P. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Mendes, A. P. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, Vol. 20 (1), 1-23. Acedido em 28-03-2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Metnitz, P. G. H., Metnitz, B., Moreno, R. P., Bauer, P., Sorbo, L. Del, Hoermann, C., De Carvalho, S. A., & Ranieri, V. M. (2009). Epidemiology of Mechanical Ventilation: Analysis of the SAPS 3 Database. *Intensive Care Medicine*, 35(5), 816–825. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1449-9>
- Milanesi, R., & Caregnato, R. C. A. (2016). Intra-abdominal pressure: an integrative review. *Einstein* 14 (3), 423–430. Acedido em 22/03/2022. Disponível em

<https://doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3088>

- Miranda, D., Nap, R., De Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., Abizanda, R., Agthé, D., ... & Zimmerman, J. E. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374–382. Acedido em 24/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>
- Morais, O. M. dos, Mata, C., Fernandes, F., Monteiro, F., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(1), 7–17. Acedido em 18-03-2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>
- Naváis, M. S., Clavero, G. V., Guillamet, B. V., Duran, A. M. M., & Martínez, G. (2013). Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 63–71. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.11.003>
- Ordem dos Médicos. (2018). *Documento orientador da Formação em Medicina Intensiva (Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva)*. Lisboa: Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. [s.l.]: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Peixoto, R. (2012). *A liderança na unidade local de saúde do alto minho* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo. Disponível em: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1213/1/Ricardo_Peixoto.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Tradução Nídia Salgueiro e Rui Pedro Salgueiro. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3
- Porta, P. (2016). *Transmissão de más Notícias* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21901/1/Relatório de Estágio.pdf>
- Queijo, A. F. (2002). *Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N. A. S.)* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em <http://Tradução para o português e validação de um instrumento>

de medida de carga de trabalho... (usp.br)

- Queijo, A. F., & Padilha, K. G. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 43, 1018–1025. Acedido em 22/03/2022. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reecusp/>
- Regulamento N° 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, 2ª série (N° 35 de 18-02-2011), 25118–25120. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifenfessoasituacaocritica.pdf
- Regulamento N° 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (N° 26 de 06-02-2019), 4744- 4750. Disponível em: [https:// Regulamento 140/2019, 2019-02-06 – DRE](https://Regulamento 140/2019, 2019-02-06 – DRE)
- Regulamento N° 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (N° 135 de 16-07-2018), 19359-19370. Disponível em: [https:// 115698617 \(dre.pt\)](https://115698617 (dre.pt))
- Regulamento n.º 743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República* 2ª série (N.º 184 de 25 de Setembro), 128–155. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Rezende, S. M. (2010). Distúrbios da hemostasia : doenças hemorrágicas. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(4), 534–553. Acedido em 24/03/2022. Disponível em <http://RMMG - Revista Médica de Minas Gerais - Distúrbios da hemostasia: doenças hemorrágicas>
- Ribeiro, A. R. L. (2013). *Cuidados de Saúde Oral em Doentes Hospitalizados* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada. Disponível em [http://Repositório Comum: Cuidados de saúde oral em doentes hospitalizados \(rcaap.pt\)](http://Repositório Comum: Cuidados de saúde oral em doentes hospitalizados (rcaap.pt))
- Ribeiro, P. C. P. S. V. (2012). *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Idoso Crónico Em Contexto Hospitalar: Construção de uma Teoria Explicativa* (Tese de

- Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Disponível em [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese Doutoramento - Patrícia Pontífice Sousa.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf)
- Roberts, N. C. (1985). Transforming Leadership: A Process of Collective Actio. *Human Relations*, 38(11), 1023–1046. Acedido em 02/05/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1177/001872678503801103>
 - Santiago, F., & Januário, G. (2017). Escabiose: Revisão e Foco na Realidade Portuguesa. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*, 75 (2), 129–137. Acedido em 26/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.29021/spdv.75.2.767>
 - Schlanger, J., Fritúz, G., & Varga, K. (2013). Therapeutic suggestion helps to cut back on drug intake for mechanically ventilated patients in intensive care unit. *Interventional Medicine & Applied Science*, 5(4), 145–152. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24381732>
 - Silva, A. C. M. da. (2009). *A Qualidade do Serviço de Urgência: Percepções dos Utentes e dos Prestadores* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro. Disponível em Microsoft Word - Tese280209_CSSvf.docx (ua.pt)
 - Silva, A. M. da. (2009). *Triagem de Prioridades na Urgência. Sistema de Manchester* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. Disponível em <https://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>
 - Silva, M. T. M. da C. (2017). *Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável - Melhoria da Qualidade* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>
 - Sousa, T. Â. D. de. (2012). *Competências de Liderança nas Chefias de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73544/2/24941.pdf>
 - Sousa, F. M. C. (2006). *Influência do Ruído na Comunicação Interpessoal: percepção de profissionais de saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos* (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa. Disponível em [http://Repositório Aberto: Influência do ruído na comunicação interpessoal: percepção de profissionais de saúde numa unidade de cuidados intensivos \(uab.pt\)](http://Repositorio%20Aberto%3A%20Influ%C3%ancia%20do%20ru%C3%ADdo%20na%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20interpessoal%3A%20percep%C3%A7%C3%A3o%20de%20profissionais%20de%20sa%C3%ADde%20numa%20unidade%20de%20cuidados%20intensivos%20(uab.pt))
 - Tallo, F. S., Junior, R. D. M., Vendrame, L. S., & Lopes, R. D. (2012). Taquicardias supraventriculares na sala de emergência: uma revisão para o clínico. *Revista da*

Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 10(6), 508–512. Acedido em 22/03/2022. Disponível em [http://Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica \(sbcm.org.br\)](http://Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica (sbcm.org.br))

- Tsay, S., Wang, J., Lin, K., & Chung, U.-L. (2005). Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 142–150. Acedido em 28/03/2022. Disponível em [http://Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support - PubMed \(nih.gov\)](http://Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support - PubMed (nih.gov))
- Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. (2020). Systematic reviews of effectiveness. In Aromatis, E., Munn, Z. (Ed.), *JBI Manual for Evidence Synthesis* (pp.71-133). [s.l]: JBI.
- Valente, M., & Catarino, R. (2012). *SBVD. Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa*. [s.l]: INEM.
- WSACS (org.). (2014). *IAH / ACS Management Algorithm*. [s.l.]: World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. Disponível em https://www.wsacs.org/wp-content/uploads/2021/04/IAH_ACS_management_2014.pdf
- Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations* (8ª edição). Nova York: Pearson Education.

Apêndices

**Apêndice 1 – RSL de eficácia “Intervenções Não Farmacológicas no
Despertar da Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Mecânica
Invasiva: Uma Revisão Sistemática da Literatura de evidência de
Eficácia**

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO DESPERTAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE EVIDÊNCIA DE EFICÁCIA

Jéssica Guêtas^{1*}, Tânia Dias², Filipa Veludo³

¹Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa

²Enfermeira de Cuidados Gerais no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E

³Doutora em Enfermagem, Professora na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa

*Correspondência: jeje.guetas93@gmail.com

RESUMO

Introdução: As pessoas internadas nas Unidades de Cuidados Intensivos geralmente apresentam uma condição inesperada que coloca em causa a sua vida. A maioria destas pessoas não terá conhecimento da sua condição até despertarem e durante esse tempo, vivem um conjunto de sonhos, delírios e experiências emocionais relacionadas com acontecimentos reais (Granja et al., 2005). Destaca-se a importância de desenvolver estratégias não farmacológicas que ajudem a manter memórias factuais (Granja et al., 2005), pois o despertar da pessoa sob ventilação mecânica invasiva (VMI), associado ao recuperar da consciência, constitui um momento crítico pelo confronto com a nova realidade (Vareta, 2018), incutindo ao enfermeiro competências adicionais na gestão do despertar da pessoa sob VMI. **Objetivos:** Identificar as intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob VMI, estudadas com método de natureza experimental, e sua eficácia. **Método:** Foi realizada uma pesquisa em 10 bases de dados internacionais e identificados 3900 estudos, dos quais foram excluídos 2483 duplicados. Após a leitura dos títulos e resumos dos estudos selecionados, 1338 foram excluídos por título e 49 por resumo. Os restantes foram analisados integralmente e 30 foram excluídos tendo por base os critérios de inclusão e exclusão definidos e a avaliação da qualidade metodológica da *Joanna Briggs Institute*, tendo-se incluído no total 8 estudos para a elaboração da presente revisão. **Resultados:** Foram identificadas 5 intervenções não farmacológicas eficazes e facilitadoras no despertar da pessoa sob ventilação mecânica invasiva, nomeadamente: a musicoterapia; a escuta de som baseada na natureza; a aromaterapia; a comunicação baseada em sugestões positivas; e a terapia de acupressão. **Conclusão:** Foram identificadas 5 intervenções não farmacológicas eficazes no despertar da PSC sob VMI. Este estudo fornece uma maior compreensão sobre o fenómeno, permite aprofundar conhecimentos na área e revelar a pertinência do estudo deste tema. Portanto, as implicações para a prática e para a

investigação são a necessidade de mais estudos sobre as intervenções não farmacológicas facilitadoras do despertar da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva.

Palavras-Chave (MeSH): Cuidados Críticos, Despertar, Ventilação Mecânica

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica (PSC) consiste naquela 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 (Regulamento n.º 124/2011). Mais de 50% das PSC necessitam de suporte ventilatório com ventilação mecânica invasiva (VMI) (Metnitz et al., 2009) e em Portugal cerca de 75% das pessoas internadas em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) realizam VMI (Esteban et al., 2000), tornando esta fundamental para o seu tratamento e recuperação.

As pessoas internadas nas UCI geralmente apresentam uma condição inesperada que coloca em causa a sua vida, exceto aquelas admitidas após cirurgias programadas. Estas pessoas permanecem neste estado crítico por um longo período de tempo, necessitando de suporte ventilatório, cardiovascular e renal, para além de sedação e analgesia que permite a adaptação ao ventilador e algum conforto. A maioria destas pessoas não terá conhecimento da sua condição até despertarem. No entanto, durante esse tempo vivem um conjunto de sonhos, delírios e experiências emocionais relacionadas com acontecimentos reais (Granja et al., 2005).

Um estudo realizado em 10 UCI's em Portugal revelou que após terem tido alta, várias foram as pessoas que relataram ansiedade ou depressão. Cerca de metade refere ter tido sonhos e pesadelos durante o internamento e 14% dessas pessoas refere ainda os ter 6 meses após a alta, o que prejudica a sua recuperação. Foi referido também que as experiências mais stressantes durante o internamento foram a aspiração de secreções por tubo orotraqueal, tubo nasal, preocupações familiares, dor, imobilização no leito e medo de morrer/incerteza no futuro. Estas consequências neuropsicológicas foram também descritas como estando relacionadas com fatores ambientais da UCI ou fatores relacionados com problemas de memória, como amnésia ou delirium (Granja et al., 2005).

Estes distúrbios acabam por afetar a qualidade de vida das pessoas após a alta da UCI. Para além de ser necessário rever os conceitos de analgesia e sedação ideais, é também importante desenvolver estratégias não farmacológicas que ajudem a manter memórias factuais, como o diálogo com a PSC, explicar os procedimentos a serem realizados, manutenção do ciclo circadiano e minimizar os estímulos sensoriais, como o ruído e a luz (Granja et al., 2005).

Vários estudos demonstraram consequências negativas da sedação profunda e prolongada e benefícios em manter níveis mais leves de sedação nas pessoas internadas na UCI, como diminuição do tempo de VMI, tempo de internamento e da incidência de delirium e disfunção cognitiva. No entanto, alguns estudos também demonstraram que os períodos de vigília estavam associados a lembranças stressantes na UCI e que o delirium afetava até 80% das pessoas sob VMI (Barr et al., 2013).

O despertar da pessoa sob VMI, associado ao recuperar da consciência, constitui um momento crítico pelo confronto com a nova realidade (Vareta, 2018). Sendo o cuidado de enfermagem à PSC definidos como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656), o Enfermeiro especialista tem uma função essencial na gestão de complicações associadas ao despertar da pessoa sob VMI.

Face ao exposto, é essencial investir na procura de intervenções de enfermagem associadas ao despertar da PSC sob VMI e a sua eficácia. Neste sentido, surge a presente revisão sistemática da literatura (RSL) de evidência de eficácia cujos objetivos são: Identificar, na Literatura científica, os estudos de natureza experimental com Intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI; Identificar a eficácia das Intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão foi realizada segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e para elaboração da questão de investigação e critérios de inclusão utilizou-se a mnemónica PICO: “P” - pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva; “I” - qualquer intervenção não farmacológica no despertar da VMI; “C” – não definido por não se pretender

analisar apenas uma intervenção; “O” - eficácia da intervenção. Os critérios de inclusão e exclusão estabelecidas estão especificados na Tabela 1.

Tabela 1 - Critérios de Elegibilidade

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Estudos com pessoas adultas (≥ 18 anos) em situação crítica e sob VMI;	Estudos referentes a pessoas que não se encontrem hospitalizadas;
Estudos que identifiquem e avaliem as intervenções não farmacológicas no despertar da PSC;	Estudos que identifiquem e analisem medidas farmacológicas no despertar da PSC sob VMI;
Estudos que identifiquem e avaliem o grau de eficácia das intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI;	Estudos que não tenham qualidade metodológica após a aplicação do instrumento de avaliação <i>Critical Appraisal Tools</i> do JBI;
Estudos experimentais, quase experimentais, com grupo controlo, estudos pré-teste e pós-teste, publicados ou não publicados;	Estudos observacionais; estudos de opinião; estudos secundários
Estudos em língua portuguesa, inglesa, castelhana e francesa.	

Para realizar a pesquisa efetuou-se uma pesquisa preliminar sobre o fenómeno na base de dados CINAHL através do motor de busca EBSCOhost para identificar o “estado da arte” e identificar os termos utilizados para descrever os artigos relevantes. Foram então selecionados os termos que se adequavam ao fenómeno em estudo e identificados os termos indexados correspondentes para realizar a pesquisa nas bases de dados. Os descritores utilizados foram: *awakening, awake, critical ill patient, person in critical situation, critical patient, ventilated patient e mechanically-ventilated patients*. Os termos indexados foram: *early awakening, sleep arousal, wake, wakefulness, mechanical ventilation e artificial respiration*.

A pesquisa final efetuou-se nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Cochrane Clinical Answers, MedicLatina, Library, Information Science & Technology Abstracts, via EBSCOhost, e PubMed utilizando as palavras-chave e os termos indexados combinados com

operadores booleanos (AND, OR). Não se utilizou nenhum friso temporal de forma a abranger o maior número de estudos disponíveis e a pesquisa foi realizada no dia 11 de Agosto de 2021.

Foram identificados 3900 estudos, dos quais foram excluídos 391 automaticamente pelo Software EndNote, onde foi operacionalizada a seleção dos estudos, e 2092 pelos dois revisores independentes, dando um total de 2483 duplicados. Após a leitura dos títulos e resumos dos 1417 estudos selecionados, 1338 foram excluídos por título e 49 por resumo. Os restantes foram analisados integralmente e 19 foram excluídos tendo por base os critérios de inclusão e exclusão definidos. Aos 11 restantes foi realizada a avaliação da sua qualidade metodológica através dos instrumentos de avaliação *Critical Appraisal Tools* da JBI (Aromataris & Munn, 2020), desenvolvidas para cada tipo de estudo, tendo-se incluído no total 8 estudos para a elaboração da presente RSL. Estes estudos abordam apenas intervenções eficazes, pois os estudos encontrados que abordavam intervenções não eficazes não apresentavam qualidade metodológicas segundo a JBI (Aromataris & Munn, 2020). Todo este processo de seleção está representado no diagrama de fluxo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Figura 1).

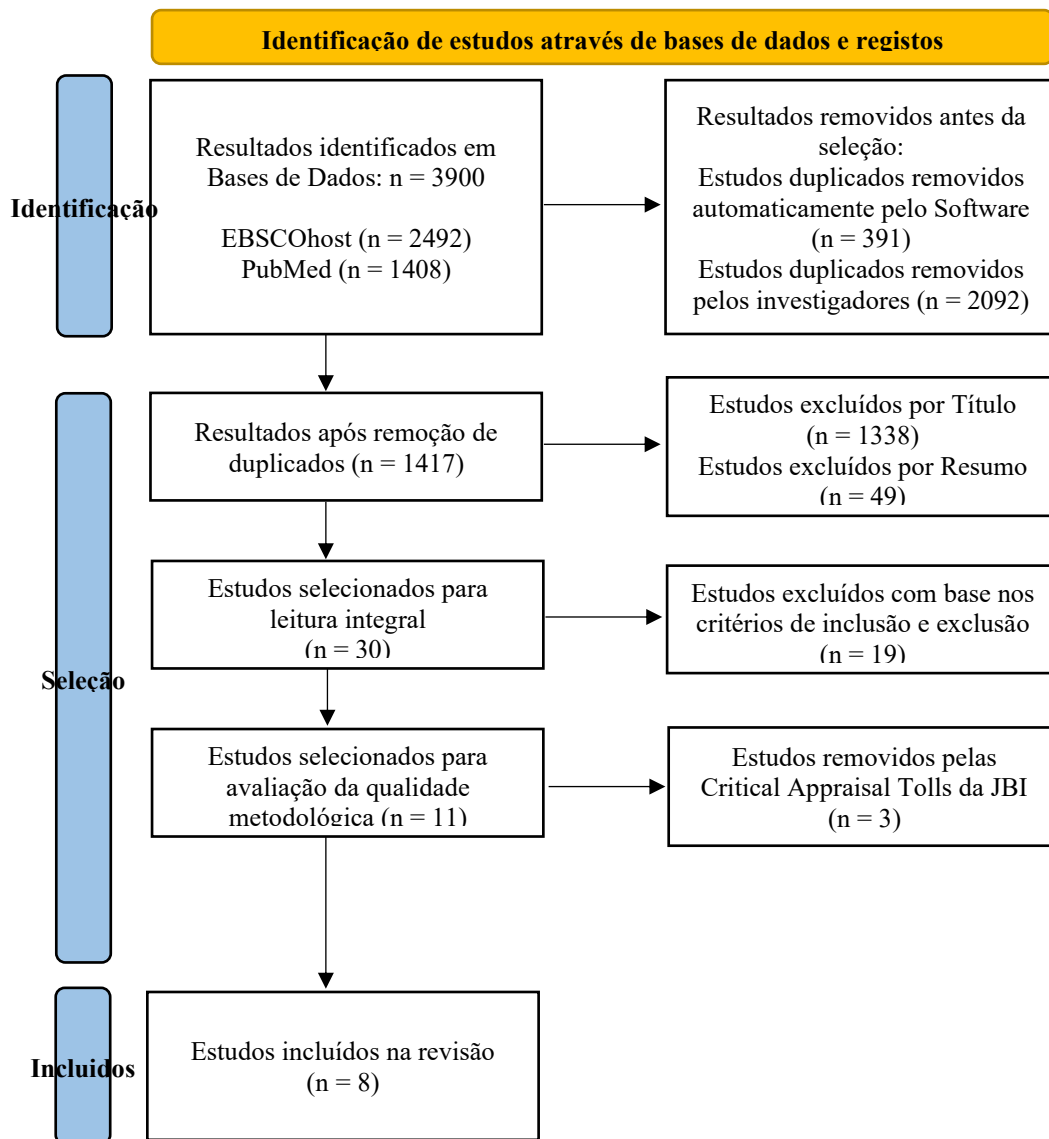


Figura 1. Diagrama de fluxo PRISMA 2020 para novas revisões sistemáticas da literatura

RESULTADOS

Foram selecionados e analisados 8 estudos controlados randomizados (RCT) para a elaboração da presente RSL que identificaram 5 intervenções não farmacológicas eficazes e facilitadoras no despertar da pessoa sob VMI. A intervenção mais estudada e identificada em 5 dos estudos foi a **musicoterapia** que revelou ser eficiente na redução da ansiedade, da dor e na promoção do relaxamento da pessoa. Para além desta, foram identificadas outras intervenções não farmacológicas como a **escuta de som baseada na natureza**, a **aromaterapia**, a **comunicação baseada em sugestões positivas** e a **terapia de acupressão**.

A descrição detalhada dos resultados dos estudos encontra-se apresentada na Tabela 2 que contempla informações como o tipo de estudo, o seu nível de evidência, características da amostra, os objetivos, as intervenções identificadas e os resultados do estudo.

Tabela 2 – Apresentação dos Resultados

Título/ Autor/ Ano	Tipo de Estudo	Nível de Evidência	Objetivos	Características da Amostra	Intervenções	Resultados e Conclusões
<p>Effect of nature-based sound therapy on agitation and anxiety in coronary artery bypass graft patients during the weaning of mechanical ventilation: A randomised clinical trial</p> <p>(Aghaie, Rejeh, Heravikarimooi & Ebadi, 2013)</p>	RCT	1.c	Investigar o efeito da terapia de som baseada na natureza nos níveis de ansiedade, agitação e variáveis hemodinâmicas durante o desmame da VMI.	120 pessoas submetidas a cirurgia de revascularização do miocárdio e sob VMI foram aleatoriamente divididas em grupo de intervenção e controlo.	Os elementos do grupo de intervenção selecionaram um CD de uma coleção de sons baseados no canto dos pássaros, sons suaves de chuva, riachos de rios ou uma caminhada pela floresta. O CD foi tocado através de um reproduzidor de MP3 e de fones de ouvido descartáveis revestidos com espuma. O volume foi ajustado para o conforto dos participantes. O grupo controlo usou fones de ouvido também revestidos de espuma e descansaram em silêncio por um período de tempo semelhante ao grupo de intervenção. O ambiente foi aprimorado para promover o descanso com a colocação de uma placa “Por favor, não incomode”. Os níveis de ansiedade foram colhidos através da Faces Anxiety Scale e os níveis de agitação através da Richmond Agitation Sedation Scale.	Foram verificados níveis de agitação e ansiedade significativamente mais baixos no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo, assim como uma diminuição das variáveis hemodinâmicas, indicando uma resposta relaxada. A escuta de som baseada na natureza foi eficaz na redução das respostas fisiológicas decorrentes da ansiedade e agitação no desmame da VMI.
<p>The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients</p> <p>(Akta & Karabulut, 2015)</p>	RCT	1.c	Determinar o efeito da musicoterapia na intensidade da dor, nível de sedação e	66 pessoas submetidas a cirurgia cardíaca aberta, internadas numa UCI Cardiovascular, sob	O grupo de intervenção ouviu música instrumental de flauta de palheta durante 20min antes, durante e após a aspiração endotraqueal através de uma almofada ergonómica que possuía	Os níveis de dor no grupo experimental foram significativamente mais baixos do que os do grupo controlo durante a aspiração. No entanto os níveis de dor após a aspiração não foram

			parâmetros fisiológicos durante a aspiração endotraqueal de pessoas sob VMI em UCI.	VMI e com um nível de vigília entre 2 e 3, de acordo com a Escala de Sedação de Ramsay, foram distribuídos entre grupo experimental e grupo controlo.	2 altifalantes conectados a um leitor de MP3. O grupo de controlo não sofreu qualquer intervenção sem ser a aspiração endotraqueal. Os dados foram colhidos através de um formulário de informação ao paciente, da Critical-Care Pain Observation Tool e da Escala de Sedação de Ramsay.	significativamente diferentes daqueles avaliados antes da aspiração entre os grupos. A diferença entre os níveis médios de sedação dos dois grupos durante a aspiração foi estatisticamente significativa embora não tenha havido diferença entre os grupos após a aspiração. Não houve diferenças significativas em nenhum momento entre os dois grupos em relação à PAD, Pressão Arterial Sistólica (PAS), FC e Saturação periférica de Oxigénio (SpO ₂). A musicoterapia é eficaz na diminuição dos níveis de dor e de sedação durante a aspiração endotraqueal em pessoas sob VMI.
Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomised controlled trial (Han et al., 2010)	RCT	1.c	Identificar os efeitos da escuta de música nas respostas fisiológicas e nos níveis de ansiedade de pessoas sob VMI numa UCI.	137 pessoas sob VMI e em estado de alerta foram aleatoriamente divididas em grupo de intervenção, grupo placebo e grupo controlo.	O ambiente para os três grupos foi aprimorado para promover o descanso através do fecho das persianas, diminuição das luzes e da colocação de um sinal de “Por favor, não incomode”. O estudo foi realizado no período da tarde ou início da noite. O grupo de intervenção selecionou um CD de música relaxante para ouvir, de acordo com a sua preferência, através de um dispositivo de MP3 com fones de ouvido revestidos de espuma numa sessão de 30 min.	Foi identificada uma diminuição significativa dos níveis de ansiedade do grupo de intervenção comparativamente ao grupo placebo e grupo controlo. Também foi identificada uma diminuição da ansiedade no grupo placebo comparativamente ao grupo controlo. Da mesma forma foram identificadas diferenças significativas na Frequência Cardíaca (FC) e Frequência Respiratória (FR) entre o grupo de intervenção e os restantes grupos, assim como a diminuição da

					<p>O grupo placebo utilizou fones de ouvido também revestidos de espuma e descansou por 30 min. O grupo controlo descansaram durante 30min. Os níveis de ansiedade foram medidos pela versão chinesa do State-Trait Anxiety Inventory (C-STAI).</p>	<p>Pressão Arterial Diastólica (PAD) neste grupo e no grupo placebo contrariamente ao grupo controlo. Ouvir música é eficaz na redução da ansiedade e na promoção do relaxamento em pessoas sob VMI.</p>
<p>Comparing effects between music intervention and aromatherapy on anxiety of patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit: a randomized controlled trial</p> <p>(Lee, Ling, Yi, Sung & Yu, 2017)</p>	RCT	1.c	<p>Descrever os efeitos da musicoterapia e da aromaterapia na redução da ansiedade em pessoas internadas numa UCI e submetidos a VMI</p>	<p>132 pessoas conscientes internadas na UCI e sob VMI foram aleatoriamente distribuídas em grupo de intervenção de música, grupo de aromaterapia e grupo controlo.</p>	<p>“Não perturbe durante o período de intervenção musical” foi afixada do lado de fora da sala, independentemente do grupo, e a luz e a temperatura foram configuradas nas mesmas condições.</p> <p>No grupo de musicoterapia os participantes selecionaram um programa de música relaxante e ouviram-na durante 30min através de um leitor de MP3 e fones de ouvido.</p> <p>No grupo de aromaterapia os participantes receberam uma massagem de 5min com óleo essencial de lavanda e depois repousou durante 25min na posição preferida.</p> <p>No grupo controlo os participantes descansaram durante 30min.</p> <p>A ansiedade foi medida utilizando o C-STAI e a Escala Visual Analógica para Ansiedade (VAS-A)</p>	<p>Verificou-se uma diminuição significativa no nível de ansiedade no grupo de musicoterapia e de aromaterapia comparativamente ao grupo controle.</p> <p>Tanto o grupo de musicoterapia como de aromaterapia revelaram uma diminuição dos sinais vitais comparativamente ao grupo controle, contudo no grupo de aromaterapia esse efeito foi mais duradouro.</p> <p>A musicoterapia e a aromaterapia são eficazes na redução da ansiedade em pessoas internadas na UCI e sob VMI e os seus efeitos podem durar até 30min. após o término da intervenção.</p>

<p>Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit : A Randomized Controlled Trial</p> <p>(Lee et al., 2016)</p>	<p>RCT</p>	<p>1.c</p>	<p>Investigar o efeito da intervenção musical em pessoas submetidas a VMI numa UCI.</p>	<p>85 pessoas submetidas a VMI e conscientes foram divididas aleatoriamente entre grupo de intervenção e grupo controlo.</p>	<p>Cada participante do grupo de intervenção selecionou um programa de música dos apresentados e ouviu-a durante 30min através de fones de ouvido ligado a um leitor de MP3. A advertência “Não perturbe durante o período de intervenção musical” foi colocado do lado de fora da sala.</p> <p>Cada participante do grupo de controlo descansou durante 30min e utilizaram fones de ouvido.</p> <p>Em ambos os grupos as luzes foram diminuídas e a temperatura ajustada a 26°C.</p> <p>Foi medido o nível de cortisol sérico usando um contador gama automático e os níveis de ansiedade através da VAS-A e a C-STAI.</p>	<p>As medidas pós-teste dos níveis de cortisol sérico não diferiram significativamente entre o grupo de intervenção e o grupo controlo. Verificou-se uma diferença significativa entre o grupo de intervenção e o grupo controlo nas medidas pré-pós teste.</p> <p>Foi observada uma diminuição significativa dos níveis de cortisol desde o início até ao fim da intervenção no grupo de musicoterapia.</p> <p>Uma única sessão de 30min de música reduz eficazmente a ansiedade em pessoas submetidas a VMI em UCI.</p>
<p>Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica</p> <p>(Naváis, Clavero, Guillamet, Duran & Martínez, 2013)</p>	<p>RCT</p>	<p>1.c</p>	<p>Examinar os efeitos da música na ansiedade e na dor em pessoas sob VMI.</p>	<p>44 pessoas conscientes e sob VMI em 3 UCI's foram aleatoriamente distribuídas entre grupo de intervenção e grupo controlo.</p>	<p>O grupo de intervenção realizou no mínimo 3 e no máximo 5 sessões musicais de 30min, através de fones de ouvido numa sala com as portas fechadas, separadas umas das outras por 8horas no mínimo. A música foi escolhida por cada participante de uma seleção musical elaborada pela equipa de pesquisa.</p> <p>O grupo de controlo não sofreu qualquer alteração no ambiente habitual da UCI.</p>	<p>Observou-se diferenças significativas nos níveis de ansiedade e nas variáveis fisiológicas no grupo de intervenção.</p> <p>Não se observou diferenças nos níveis de dor após ouvir música no grupo de intervenção.</p> <p>Não foi observada diferença significativa no uso de várias sessões de musicoterapia na melhora do estado geral, na ansiedade e na dor.</p>

					A dor foi medida usando a escala visual analógica (VAS) e a ansiedade usando o State-Trait Anxiety Inventory (STAI).	A musicoterapia é eficaz na redução da ansiedade em pessoas acordadas, internadas na UCI e sob VMI.
Therapeutic suggestion helps to cut back on drug intake for mechanically ventilated patients in intensive care unit (Schlanger, Fritúz & Varga, 2013)	RCT	1.c	Testar os efeitos da comunicação baseada em sugestões positivas no consumo de medicamentos e na recuperação de pessoas sob VMI internados numa UCI.	25 pessoas conscientes e internadas em UCI sob VMI foram alocadas aleatoriamente em grupo de intervenção e grupo controlo.	O grupo de intervenção recebeu informações na forma de sugestões positivas durante 15 a 20min por dia durante as 4 etapas de ventilação: início, manutenção, desmame e possível reintubação. O grupo controlo não recebeu nenhum apoio psicológico complementar. O estado físico das pessoas foi medido utilizando o Simplified Acute Physiology Score (SAPS II).	Verificou-se uma diminuição significativa na ingestão de medicação no grupo de intervenção. Constatou-se que a comunicação positiva foi útil e eficaz na recuperação das pessoas com VMI.
Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support (Tsay, Wang, Lin & Chung, 2005)	RCT	1.c	Avaliar a eficácia da terapia de acupressão na percepção de dispneia, ansiedade, FC e FR em pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) com uso prolongado de VMI.	52 pessoas alertas com DPOC e sob VMI foram aleatoriamente divididos entre grupo de intervenção e grupo controlo.	Os participantes do grupo experimental receberam terapia de acupressão de 15min todos os dias durante 10 dias, sendo esta constituída por 3min de uma massagem nos ombros e nos dois braços para relaxar e 12min de uma massagem em pontos de acupuntura. O grupo de controlo recebeu um tratamento de massagem e apoio de mãos. A dispneia e a ansiedade foram medidas por uma VAS.	Foi observada uma diminuição da FC e FR ao longo do tempo de pesquisa no grupo de intervenção. Verificou-se uma diminuição significativa da FC, da FR, da dispneia e da ansiedade no grupo de intervenção comparativamente com o grupo controlo e a longo prazo. A terapia de acupressão é eficaz na diminuição da FC, FR, dispneia e ansiedade percebida em pessoas com DPOC submetidas a VMI prolongada.

DISCUSSÃO

Com esta revisão foi possível perceber que o momento de despertar da pessoa que encontra-se internada numa UCI e sob VMI ainda não é muito estudado e está frequentemente relacionado com a face de desmame da sedação e da ventilação. Através dos estudos selecionados foi possível identificar 5 intervenções não farmacológicas cuja sua eficácia não foi testada diretamente no momento do despertar da pessoa que necessita de VMI mas podem-no influenciar indiretamente.

Escuta de som baseada na natureza

O estudo de Aghaie et al. (2013) foi realizado para determinar o efeito da escuta de som baseada na natureza no relaxamento e alívio da ansiedade em pessoas submetidas a cirurgia de revascularização do miocárdio durante o desmame da VMI. Os seus resultados demonstraram níveis de agitação e ansiedade significativamente mais baixos no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controle, assim como uma diminuição das variáveis hemodinâmicas que indicam uma resposta de relaxamento. No entanto, também foi observado um menor nível de agitação e ansiedade no grupo controle, possivelmente relacionado com a eliminação do ruído de fundo durante o processo de desmame. Isto vai de encontro com o estudo realizado por Ribeiro (2012) que constatou que de entre as condições ambientais experienciadas e referidas como condicionantes do conforto, o ruído surgia como limitadora do mesmo. Sousa (2006) no seu trabalho também refere que o ruído pode dificultar o adormecer e as atividades de vida diárias e provocar um despertar inesperado ou uma irregular atividade nervosa, tanto durante o dia como durante a noite, uma vez que o despertar de um sono depende do estado desse, dos horários, da idade, entre outros fatores.

Assim sendo, este estudo fornece evidência de que a escuta de som baseada na natureza oferece um estímulo agradável à pessoa com VMI que, por sua vez, promove o relaxamento da pessoa, reduzindo a ansiedade e a agitação durante o desmame da ventilação.

Comunicação baseada em sugestões positivas

Schlanger et al. (2013), por sua vez, estudou os efeitos da comunicação baseada em sugestões positivas na necessidade de fármacos (Opióides, Benzodiazepinas, Narcóticos e α 2-agonistas) e na recuperação de pessoas sob VMI internados numa UCI durante as 4 etapas da ventilação (início, manutenção, desmame e possível reintubação). Os seus resultados demonstraram que a ingestão de medicamentos foi menor no grupo de intervenção, com uma diferença superior a 65% no uso de opióides (Fentanil, Morfina, Nalbufina e Petidina),

benzodiazepinas (Alprazolam, Clonazepam, Diazepam e Midazolam) e clonidina. Contudo, a diferença no consumo de Propofol não foi estatisticamente significativa. Esta redução também teve efeito na diminuição dos efeitos colaterais da terapêutica e as pessoas saíram da UCI com experiências mais agradáveis. Os autores consideram este método eficaz na redução do consumo de fármacos e na promoção da tranquilidade, cooperação e recuperação das pessoas internadas na UCI, que necessitam de VMI. Acrescidamente, constatou-se uma diferença acentuada na taxa de sobrevivência, sendo esta maior no grupo que recebeu as sugestões positivas. No entanto, o tamanho da amostra não possibilitou uma análise estatística mais fidedigna relativamente a este achado.

Assim, o uso de uma comunicação baseada em sugestões positivas apresenta diversas vantagens, pois não necessita de equipamento, não tem custos, é um método fácil de aprender, sem necessidade de qualificações psicológicas, requer apenas atenção e prática e pode ser aplicado durante a prestação dos cuidados de enfermagem (Schlanger et al., 2013). Portanto, é um método eficaz na redução do consumo de medicamentos e na promoção da tranquilidade, cooperação e recuperação das pessoas internadas na UCI e que necessitam de VMI.

Terapia de acupressão

No estudo realizado por Tsay et al. (2005) foi avaliada a eficácia da terapia de acupressão na percepção de dispneia, ansiedade, FC e FR em pessoas acordadas, mentalmente competentes, capazes de comunicar, com DPOC e com uso prolongado de VMI. A acupressão é uma terapia não invasiva baseada na Medicina Tradicional Chinesa que consiste na aplicação de uma leve pressão não invasiva em certos pontos meridianos do corpo para aliviar vários sintomas.

Nos seus resultados constata-se uma diminuição significativa na FC entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo durante a intervenção e a longo prazo, assim como da FR, que no grupo experimental diminuiu gradualmente ao longo do tempo de intervenção e aumentou lentamente durante o período de acompanhamento após a intervenção, mantendo-se menor comparativamente ao grupo de controlo (Tsay et al., 2005).

Em contraste, no grupo controlo a dispneia percebida aumentou ao longo do tempo de intervenção e no período de acompanhamento, enquanto que no grupo de intervenção diminuiu gradualmente ao longo do tempo do procedimento, aumentado posteriormente e lentamente durante o período de acompanhamento, o que faz com que esta diferença seja estatisticamente significativa (Tsay et al., 2005).

Relativamente à ansiedade, no início do estudo foi percebido que as pessoas que utilizam VMI apresentam altos níveis de ansiedade, tendo esta diminuído gradualmente ao longo da intervenção e aumentado progressivamente após o término desta no grupo de intervenção enquanto que no grupo de controlo esta foi aumentando ao longo do tempo. Isto indica que a ansiedade percebida no grupo experimental foi significativamente menor e a longo prazo comparativamente à do grupo de controlo (Tsay et al., 2005).

Estes resultados comprovam que as pessoas com DPOC e sob VMI, que experienciaram a terapia de acupressão, tiveram uma melhoria significativa na perceção da dispneia e ansiedade, assim como nos indicadores fisiológicos. Esta diferença pode ter sido devido ao efeito da terapia em vários pontos de acupuntura que promovem a libertação de neurotransmissores e hormonas que contribuem para o relaxamento, diminuição da ansiedade e, conseqüentemente, da dispneia. Assim sendo, este estudo veio provar que as pessoas com DPOC que necessitam de VMI experienciam situações altamente stressantes durante o internamento na UCI, resultando em ansiedade, dispneia e alterações fisiológicas que podem interferir no desmame da VMI e conseqüentemente no despertar da pessoa (Tsay et al., 2005). Por este motivo, encontrar intervenção não farmacológicas que diminuam estas perceções é fundamental para a melhoria do estado de saúde das pessoas, tornando a terapia de acupressão um método eficaz, para além de ser de fácil aprendizagem.

Musicoterapia e Aromoterapia

O estudo de Lee et al. (2017) foi realizado com o objetivo de descrever os efeitos da musicoterapia e da aromaterapia na redução da ansiedade em pessoas internadas numa UCI e submetidos a VMI. Para tal os participantes foram aleatoriamente distribuídos em grupo de intervenção de música, em que cada participante selecionou um programa de música relaxante e ouviu-a durante 30 minutos através de um leitor de MP3 e fones de ouvido, grupo de aromaterapia, em que cada participante recebeu uma massagem de 5 minutos com óleo essencial de lavanda e depois repousou durante 25 minutos na sua posição preferida, e grupo controlo, em que os participantes apenas descansaram durante 30 minutos. É importante referir que todos os participantes encontravam-se conscientes e mentalmente capazes para participar voluntariamente, compreender o objetivo do estudo e comunicar.

Os seus resultados após 30 minutos de intervenção demonstraram uma diminuição significativa do nível de ansiedade e da FC, assim como PAS e PAM no grupo de musicoterapia comparativamente ao grupo controlo. O grupo de aromaterapia, por sua vez, melhorou significativamente mais do que o grupo controlo no que toca à ansiedade e à FC.

Contudo, todos os outros indicadores (FR, PAS, PAM e pressão arterial diastólica (PAD)) não foram significativamente diferentes entre os dois grupos. Após 60 minutos do início do procedimento e 30 minutos após o término das intervenções verificou-se uma diminuição da FC e da PAS no grupo de musicoterapia e menor FC, FR, PAS e PAM no grupo de aromaterapia comparativamente ao grupo controlo. Observou-se também uma duração de efeito maior no grupo de aromaterapia do que no grupo de musicoterapia. Estes resultados mostram que tanto a musicoterapia como a aromaterapia são eficazes na redução da ansiedade em pessoas internadas na UCI e sob VMI. No entanto, a intervenção musical tem um efeito mais forte e imediato, enquanto que o efeito da aromaterapia é mais duradouro, podendo durar até 30 minutos após o término da intervenção (Lee et al., 2017).

Musicoterapia

A musicoterapia foi a intervenção não farmacológica mais estudada de entre os estudos seleccionados. O mesmo autor do estudo anterior já tinha investigado o efeito da intervenção musical em pessoas submetidas a VMI numa UCI em 2016, estudo esse que também faz parte desta RSL (Lee et al., 2016).

Tal como no estudo anterior, os participantes encontravam-se conscientes e com capacidade mental para participar voluntariamente, compreender, comunicar e seleccionar um programa de música dos apresentados e ouvi-lo durante 30 minutos através de fones de ouvido e um leitor de MP3. Este estudo foi o primeiro a utilizar o cortisol para analisar os efeitos da musicoterapia no nível de ansiedade de pessoas com VMI por ser um biomarcador do stress. Os seus resultados revelam que as medições dos níveis de cortisol em cada pessoa antes e depois da intervenção musical reduzem eficazmente a ansiedade. No entanto, apesar do cortisol ser um indicador mais preciso da ansiedade do que os indicadores fisiológicos (FC, FR e PA), as medidas pós-teste dos níveis de cortisol sérico não diferiram significativamente entre o grupo de intervenção e o grupo controlo. Contudo, houve uma diferença significativa entre os grupos nas medidas pré-pós teste. Além disso, foi observada uma diminuição significativa dos níveis de cortisol desde o início até ao fim da intervenção no grupo de musicoterapia, resultado este que não foi observado no grupo controlo (Lee et al., 2016). Assim sendo, todos estes resultados demonstraram que uma única sessão de 30 minutos de musicoterapia reduz eficazmente a ansiedade de pessoas submetidas a VMI em UCI.

Também o estudo de Han et al. (2010) que procurou identificar os efeitos da escuta de música nas respostas fisiológicas e nos níveis de ansiedade de pessoas sob VMI numa UCI. Igualmente neste estudo os participantes encontravam-se acordados, mentalmente competentes e capazes de comunicar e não estavam a receber qualquer analgesia intravenosa contínua ou sedativo. Este autor possibilitou a escolha da música pelos participantes de entre de mais de 40 opções, não tendo sido encontrada nenhuma diferença estatística significativa nos efeitos de vários tipos de música no stress e na ansiedade nos seus resultados.

Contudo, foi encontrada uma diminuição significativa do estado de ansiedade depois da intervenção no grupo de musicoterapia e no grupo placebo, contrariamente ao grupo controlo, tendo a redução no grupo de musicoterapia sido muito maior do que no grupo placebo. A possível explicação para a redução da ansiedade no grupo placebo deve-se ao facto dos fones de ouvido poderem ter reduzido ou mesmo eliminado o ruído de fundo da UCI (Han et al., 2010), estando de acordo com os achados de Aghaie et al. (2013), que referimos anteriormente. Porém, os resultados do estudo de Han et al. (2010) evidenciam que a musicoterapia é mais eficaz na redução da ansiedade nas pessoas do que reduzir/eliminar o ruído de fundo ou descansar tranquilamente durante um período de tempo.

Relativamente aos parâmetros fisiológicos, foi observada uma redução significativa no grupo de musicoterapia comparativamente aos restantes grupos, tendo a PAS diminuído também bastante no grupo placebo, associada à redução/eliminação do ruído de fundo. A diminuição destes parâmetros indica uma resposta relaxada que irá contribuir para a diminuição da ansiedade da pessoa, portanto ouvir música é eficaz na promoção do relaxamento e na redução da ansiedade em pessoas sob VMI numa UCI (Han et al., 2010).

Da mesma forma, no estudo realizado por Naváis et al. (2013) para determinar os efeitos da música na ansiedade e na dor em pessoas conscientes sob VMI, foi observada uma diminuição das variáveis fisiológicas (FC, FR, PAS e PAD) e da ansiedade após a sessão de musicoterapia no grupo de intervenção. Inclusive, 40,74% dos participantes que fizeram parte do grupo de intervenção adormeceram durante as sessões, o que é preditivo de relaxamento. Além disso, foi observado que estas alterações fisiológicas são mantidas ao longo do tempo, uma vez que os valores medidos 1 hora após a sessão de música continuavam mais baixos que os medidos na linha de base, embora superiores aos observados logo após a intervenção.

Este estudo corrobora também o estudo realizado por Tsay et al. (2005), na medida em que as pessoas internadas na UCI apresentam altos níveis de ansiedade, uma vez que

após a sessão de musicoterapia e estes níveis terem diminuído, as pessoas continuam a apresentar valores moderados de ansiedade. Isto reflete o grau de angústia e medo da PSC submetida a VMI (Naváis et al., 2013) sobre os quais os enfermeiros têm grande potencial de atuação, especialmente durante o despertar do sono, tornando as intervenções não farmacológicas essenciais.

Relativamente à dor, não foram observadas diferenças significativas nos níveis de dor após ouvir música no grupo de intervenção. Este resultado deveu-se possivelmente à complexidade da dor e ao facto de os participantes já apresentarem níveis de dor baixos no início do estudo, dificultando uma diferença estatisticamente significativa.

Na mesma linha de pensamento, o estudo de Akta & Karabulut (2015) procurou determinar o efeito da musicoterapia na intensidade da dor, nível de sedação e parâmetros fisiológicos durante a aspiração endotraqueal de pessoas sob VMI em UCI. Um dos seus critérios de inclusão consistia em participantes com nível de vigília de 2 (pessoa cooperativa, orientada e tranquila) ou 3 (pessoa sonolenta mas que responde a comandos verbais) segundo a Escala de Sedação de Ramsay.

Ao contrário do estudo anterior, neste foi observado que a intensidade da dor no grupo de intervenção foi significativamente mais baixa do que no grupo controlo. Contudo esta avaliação foi realizada durante o procedimento de aspiração endotraqueal, que é considerado um procedimento que causa dor intensa na PSC. Verificou-se também que os níveis de dor dos participantes variaram durante os três momentos de medição (antes, durante e 20 minutos após a aspiração endotraqueal) em ambos os grupos e a diferença entre os dois grupos foi estatisticamente significativa. No entanto, os níveis de dor após a aspiração não foram significativamente diferentes daqueles avaliados antes da aspiração entre os grupos (Akta & Karabulut, 2015).

Por outro lado, foi encontrada uma diminuição estatisticamente significativa nos níveis médios de sedação durante a aspiração endotraqueal no grupo de musicoterapia comparativamente ao grupo controlo, sugerindo que a aspiração é um procedimento que causa grande estímulo externo, ansiedade, agitação e desconforto na pessoa e que a música é eficaz na sua redução (Akta & Karabulut, 2015). Ao contrário dos estudos anteriores, neste não foram encontradas diferenças significativas relativamente à PAS, PAD, FC e SpO2 em nenhum dos grupos, porém é possível confirmar que a musicoterapia é eficaz na diminuição da intensidade da dor e nos níveis de sedação durante a aspiração endotraqueal em pessoas sob VMI.

CONCLUSÃO

Embora as sequelas funcionais pareçam depender mais do estado de saúde anterior e da existência de comorbidades e da gravidade da situação de saúde, as sequelas neuropsicológicas da PSC dependem não só destes aspetos, mas também da capacidade da pessoa de lidar com as memórias que retém durante o período em que se encontra internada na UCI. Essas memórias podem ser factuais ou delirantes, onde estão incluídos pesadelos, alucinações, delírios e sonhos, sendo estas memórias delirantes associadas ao desenvolvimento de situações traumáticas (Granja et al., 2005).

Diversos estudos têm procurado identificar os fatores que podem influenciar negativamente o internamento da pessoa na UCI e provocar ansiedade ou depressão (Granja et al., 2005), porém existe ainda pouca evidência que identifique as intervenções não farmacológicas que previnam estas situações, nomeadamente intervenções facilitadoras do despertar da PSC.

Com este estudo foi possível verificar que o momento de despertar da pessoa está frequentemente relacionado com a fase de desmame da sedação e da ventilação e que intervenções não farmacológicas como a musicoterapia, a escuta de som baseada na natureza, a aromaterapia, a comunicação baseada em sugestões positivas e a terapia de acupressão são eficazes e facilitadoras neste processo. Conclui-se também que a intervenção de musicoterapia é a intervenção não farmacológica mais utilizada, mais estudada e com maior eficácia na diminuição da ansiedade, parâmetros fisiológicos, dor e na promoção do relaxamento na pessoa internada na UCI sob VMI, para além de ser uma intervenção com menor custo associado e de fácil aplicabilidade. Isto leva-nos a concluir que o momento de despertar da pessoa submetida a VMI ainda não é muito estudado, sendo fundamental existir mais estudos nesta área.

Foi possível constatar que a diminuição do ruído também pode ser utilizada como uma intervenção não farmacológica no despertar da PSC, pois foi percebido a sua influência na ansiedade e agitação da pessoa em mais que um estudo. Segundo Sousa (2006), a equipa profissional raramente dá conta do quanto uma UCI pode ser ruidosa, podendo causar alterações fisiológicas e psicológicas na pessoa.

Assim, pode-se concluir que este estudo fornece uma maior compreensão sobre o fenómeno, permite aprofundar conhecimentos na área e refletir a sua pertinência no cuidado humano. Portanto, as implicações para a prática e para a investigação são a necessidade de

mais estudos sobre as intervenções não farmacológicas facilitadoras do despertar da PSC submetida a VMI.

REFERÊNCIAS

- Aghaie, B., Rejeh, N., Heravi-karimooi, M., & Ebadi, A. (2013). Effect of nature-based sound therapy on agitation and anxiety in coronary artery bypass graft patients during the weaning of mechanical ventilation: A randomised clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*, 1–13. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.003>
- Akta, Y., & Karabulut, N. (2015). The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. *British Association of Critical Care Nurses*, 1–9. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1111/nicc.12159>
- Aromataris, E., Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Australia: Joanna Briggs Institute. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Esteban, A., Anzueto, A., Alía, I., Gordo, F., Apezteguía, C., Pálizas, F., Cide, D., ... Tobin, M. J. (2000). How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? An International Utilization Review. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161, 1450–1458. Acedido em 04/11/2021. Disponível em [https://www.How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? \(atsjournals.org\)](https://www.How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? (atsjournals.org))
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9, 96–109. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1186/cc3026>
- Han, L., Li, J. P., Sit, J. W. H., Chung, L., Jiao, Z. Y., & Ma, W. G. (2010). Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7–8), 978–987. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2009.02845.X>

- Lee, C. H., Ling, C., Yi, L., Sung, H., & Yu, M. (2017). Comparing effects between music intervention and aromatherapy on anxiety of patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit: a randomized controlled trial. *Quality of Life Research*, 26(7), 1819–1829. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1525-5>
- Lee, C., Lee, C., Hsu, M., Lai, C., Sung, Y., Lin, C., Ot, L., & Lin, L. (2016). Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial. *Biological Research for Nursing*, 110, 1–8. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1177/1099800416669601>
- Metnitz, P. G. H., Metnitz, B., Moreno, R. P., Bauer, P., Sorbo, L. Del, Hoermann, C., De Carvalho, S. A., & Ranieri, V. M. (2009). Epidemiology of Mechanical Ventilation: Analysis of the SAPS 3 Database. *Intensive Care Medicine*, 35(5), 816–825. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1449-9>
- Naváis, M. S., Clavero, G. V., Guillamet, B. V., Duran, A. M. M., & Martínez, G. (2013). Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 63–71. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.11.003>
- Regulamento N° 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2ª série (N° 35 de 18-02-2011), 25118–25120. Acedido em 04/11/2021. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifenfessoasituacao critica.pdf
- Ribeiro, P. C. P. S. V. (2012). *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Idoso Crónico Em Contexto Hospitalar: Construção de uma Teoria Explicativa* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Disponível em [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese Doutoramento - Patrícia Pontífice Sousa.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf)
- Schlanger, J., Fritúz, G., & Varga, K. (2013). Therapeutic suggestion helps to cut back on drug intake for mechanically ventilated patients in intensive care unit. *Interventional Medicine & Applied Science*, 5(4), 145–152. Acedido em 28/03/2022. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24381732>
- Sousa, F. M. C. (2006). *INFLUÊNCIA DO RUÍDO NA COMUNICAÇÃO*

INTERPESSOAL: percepção de profissionais de saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta de Lisboa. Disponível em [http://Repositório Aberto: Influência do ruído na comunicação interpessoal: percepção de profissionais de saúde numa unidade de cuidados intensivos \(uab.pt\)](http://Repositório Aberto: Influência do ruído na comunicação interpessoal: percepção de profissionais de saúde numa unidade de cuidados intensivos (uab.pt))

- Tsay, S., Wang, J., Lin, K., & Chung, U.-L. (2005). Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 142–150. Acedido em 28/03/2022. Disponível em [http://Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support - PubMed \(nih.gov\)](http://Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support - PubMed (nih.gov))
- Vareta, D. F. A. (2018). *O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: intervenção especializada de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em [http://Repositório Comum: O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: \(rcaap.pt\)](http://Repositório Comum: O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: (rcaap.pt))

Apêndice 2 – Protocolo da Revisão Sistemática da Literatura

PROTOCOLO DE REVISÃO

Título

Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva: protocolo de revisão sistemática da literatura de evidência de eficácia.

Questão de Revisão

1. Quais as intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva, estudadas com método de natureza experimental?
2. Qual a eficácia das intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva?

Objetivo

- Identificar, na Literatura científica, os estudos da natureza experimental com Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva;
- Identificar a eficácia das Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.

Para elaboração da questão de investigação utilizou-se a mnemónica PICO, em que “P” refere-se aos participantes (pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva), “I” à intervenção (qualquer intervenção não farmacológica), “C” refere-se ao comparador, no entanto nesta revisão não se pretende comparar as intervenções mas sim organizá-las segundo a sua eficácia, e por fim “O” refere-se ao resultado (eficácia da intervenção).

Introdução

A pessoa em situação crítica (PSC) consiste naquela 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 (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro). Mais de 50% das PSC necessitam de suporte ventilatório com Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)(Metnitz et al., 2009) e em Portugal cerca de 75% das pessoas internadas em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) realizam VMI (Esteban et al., 2000), tornando esta fundamental para o seu tratamento e recuperação.

As pessoas internadas nas UCI geralmente apresentam uma condição inesperada que coloca em causa a sua vida, exceto aquelas admitidas após cirurgias programadas. Estas pessoas permanecem neste estado crítico por um longo período de tempo, necessitando de suporte ventilatório, cardiovascular e renal, para além de sedação e analgesia que permite a adaptação ao ventilador e algum conforto. A maioria destas pessoas não terá conhecimento da sua condição até despertarem, no entanto durante esse tempo vivem um conjunto de sonhos, delírios e experiências emocionais relacionadas com acontecimentos reais (Granja, Lopes, Moreira, Dias, Costa-Pereira, et al., 2005).

Um estudo realizado em 10 UCI's em Portugal revelou que após terem tido alta, várias foram as pessoas que relataram ansiedade ou depressão. Cerca de metade refere ter tido sonhos e pesadelos durante o internamento e 14% dessas pessoas refere ainda os ter 6 meses após a alta, o que prejudica a sua recuperação. Foi referido também que as experiências mais stressantes durante o internamento foram a aspiração de secreções por tubo orotraqueal, tubo nasal, preocupações familiares, dor, imobilização no leito e medo de morrer/incerteza no futuro. Estas consequências neuropsicológicas foram também descritas como estando relacionadas com fatores ambientais da UCI ou fatores relacionados com problemas de memória, como amnésia ou *delirium* (Granja, Lopes, Moreira, Dias, Costa-Pereira, et al., 2005).

Estes distúrbios acabam por afetar a qualidade de vida das pessoas após a alta da UCI. Para além de ser necessário rever os conceitos de analgesia e sedação ideais, é também importante desenvolver estratégias não farmacológicas que ajudem a manter memórias factuais, como o diálogo com a PSC, explicar os procedimentos a serem realizados, manutenção do ciclo circadiano e minimizar os estímulos sensoriais, como o ruído e a luz (Granja, Lopes, Moreira, Dias, Costa-Pereira, et al., 2005).

Vários estudos demonstraram consequências negativas da sedação profunda e prolongada e benefícios em manter níveis mais leves de sedação nas pessoas internadas na UCI, como diminuição do tempo de VMI, tempo de internamento e da incidência de *delirium* e disfunção cognitiva. No entanto, alguns estudos também demonstraram que os períodos de vigília estavam associados a lembranças stressantes na UCI e que o *delirium* afetava até 80% das pessoas sob VMI (Barr et al., 2013).

Assim sendo, o despertar da pessoa sob VMI, associado ao recuperar da consciência, constitui um momento crítico pelo confronto com a nova realidade (Vareta, 2018). Sendo os cuidados de enfermagem à PSC definidos como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como

resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, p. 8656), o Enfermeiro especialista tem uma função essencial na gestão de complicações associadas ao despertar da pessoa sob VMI.

Posto isto, é essencial investir na procura de intervenções de enfermagem associadas ao despertar da PSC sob VMI e a sua eficácia, pois apesar das intervenções de enfermagem adotadas na UCI serem centradas na pessoa e nas suas necessidades, não são considerados todos os fatores identificados na literatura (Vareta, 2018).

Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão

- Tipo de Participantes
 - Nesta revisão serão apenas incluídos estudos com pessoas adultas (≥ 18 anos) em situação crítica e sob VMI.
- Tipo de Intervenções
 - Serão considerados estudos que identifiquem e avaliem as intervenções não farmacológicas no despertar da PSC.
- Tipo de Comparadores
 - Nesta revisão não existe critério de comparação, pois o objetivo é procurar, sintetizar, analisar e avaliar a eficácia das intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI. Serão incluídos estudos com qualquer comparador.
- Resultados
 - Esta revisão visa identificar e avaliar o grau de eficácia das intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI.
- Tipo de Estudos
 - Nesta revisão serão considerados todos os estudos experimentais, quase experimentais, com grupo controlo e estudos pré-pós teste, publicados ou não publicados;
 - Estudos em língua portuguesa, inglesa e castelhana.

Critérios de Exclusão

- Estudos que não cumpram os critérios de inclusão referidos anteriormente;

- Estudos que não tenham qualidade metodológica após a aplicação do instrumento de avaliação Critical Appraisal Tools do JBI;
- Estudos referentes a pessoas que não se encontrem hospitalizados;
- Estudos que identifiquem e analisem medidas farmacológicas no despertar da PSC sob VMI.

Estratégia de Pesquisa

Para realizar a pesquisa começou-se por efetuar uma pesquisa preliminar sobre o fenómeno na base de dados CINAHL através do motor de busca EBSCOhost para identificar o “estado da arte” e posteriormente analisou-se as palavras contidas no título, resumo, palavras-chaves e os termos utilizados para descrever os artigos relevantes. Foram então selecionados os termos que se adequavam ao fenómeno em estudo e identificados os termos indexados correspondentes para realizar a pesquisa nas bases de dados.

Os descritores utilizados foram *awakening, awake, critical ill patient, person in critical situation, critical patient, ventilated patient e mechanically-ventilated patients*. Os termos indexados foram *early awakening, sleep arousal, wake, wakefulness, mechanical ventilation e artificial respiration*.

Posteriormente foi realizada uma segunda pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Cochrane Clinical Answers, MedicLatina, Library, Information Science & Technology Abstracts, via EBSCOhost, e PubMed utilizando as palavras-chave e os termos indexados descritos anteriormente combinados com operadores booleanos (AND, OR). O resultado encontra-se descrito no Apêndice 1.

Importa referir que não se utilizou nenhum friso temporal de forma a abranger o maior número de artigos disponíveis e a pesquisa foi realizada no dia 11 de Agosto de 2021.

Seleção dos Estudos

A seleção dos estudos será feita por dois revisores independentes através da leitura dos títulos e resumos dos artigos, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão definidos anteriormente. Os artigos serão descarregados no Software EndNote, eliminados os duplicados e os estudos selecionados serão descarregados na integra, realizada a leitura do

texto completo e identificados os mais relevantes por cada investigador de forma independente. Se houver discordâncias na seleção dos estudos, será feita uma discussão entre os dois investigadores tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão e se necessário, recorrer-se-á a um terceiro investigador independente.

Posteriormente, o processo de seleção dos estudos será representado através de um diagrama de fluxo realizado com base no PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*), onde será descrito o número total de estudos encontrados, o número de estudos excluídos ao longo das várias fases de seleção e os estudos selecionados e que serão utilizados na revisão.

Avaliação Crítica

A avaliação crítica tem como objetivo avaliar a qualidade metodológica de um estudo e determinar até que ponto um estudo exclui ou minimiza a possibilidade de viés no seu desenho, processo e análise, ou seja, consiste em identificar o risco de diversos vieses nesse estudo. Estes vieses consistem em erros sistemáticos no desenho, processo e análise de estudos quantitativos que podem prejudicar a validade das inferências desses estudos (Aromataris & Munn, 2020).

Nesta revisão a avaliação crítica dos estudos será realizada por dois revisores de forma independente e será usado as listas de verificação de avaliação crítica padronizadas e desenvolvidas pela JBI para cada tipo de estudo. Quaisquer divergências que possam surgir serão resolvidas por consenso ou através da decisão de um terceiro revisor.

Posteriormente, os resultados da avaliação metodológica dos estudos serão apresentados em forma tabular.

Extração dos Dados

Para a extração dos dados será elaborada uma tabela que contemplará informações dos estudos selecionados, cuja leitura foi feita na íntegra e que vão de encontro ao objetivo da revisão e aos critérios de inclusão e exclusão definidos. Essas informações consistem nos detalhes sobre a publicação e o estudo, características da amostra, o contexto, o desenho do estudo, os objetivos, as intervenções identificadas e os resultados do estudo. Como esta revisão avalia a eficácia, é essencial que haja uma extração completa dos detalhes da intervenção para permitir a reprodutibilidade de uma intervenção considerada eficaz (Aromataris & Munn, 2020).

Qualquer divergência sobre a extração dos dados será resolvida por consenso entre os revisores ou pela decisão de um terceiro revisor. Para além disso, os autores dos estudos serão contactados se for necessário esclarecer algum dado existente ou solicitar dados adicionais acerca do estudo.

Síntese dos Dados

A síntese dos dados será apresentada de forma narrativa, recorrendo a tabelas sempre que a sua análise facilitar a clareza dos resultados obtidos.

Referências

- Aromataris, E., Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Australia: Joanna Briggs Institute. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Esteban, A., Anzueto, A., Alía, I., Gordo, F., Apezteguía, C., Pálizas, F., Cide, D., ... Tobin, M. J. (2000). How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? An International Utilization Review. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161, 1450–1458. Acedido em 04/11/2021. Disponível em [https://www.How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? \(atsjournals.org\)](https://www.How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? (atsjournals.org))
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9, 96–109. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1186/cc3026>
- Metnitz, P. G. H., Metnitz, B., Moreno, R. P., Bauer, P., Sorbo, L. Del, Hoermann, C., De Carvalho, S. A., & Ranieri, V. M. (2009). Epidemiology of Mechanical Ventilation: Analysis of the SAPS 3 Database. *Intensive Care Medicine*, 35(5), 816–825. Acedido em 04/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1449-9>
- Regulamento N° 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2ª série (N° 35 de 18-02-2011), 25118–25120. Acedido em 04/11/2021. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifenfessoasituacaocritica.pdf
- Vareta, D. F. A. (2018). *O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: intervenção especializada de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em <http://Repositório Comum: O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica>

invasiva em cuidados intensivos: (rcaap.pt)

Apêndice 1 – Quadro de termos de pesquisa

Marcador	Palavra-Chave	Descritores	Termos Indexados	Local Pesquisa	EBSCOhost	PubMed
#1	Despertar	Awakening	Early Awakening	Title	3,365	1,537
			Sleep Arousal			
#2	Acordar	Awake	Wake	Title	20,193	13,035
			Wakefulness			
#3	PSC sob VMI	Critical ill patient	Mechanical Ventilation	Title	21,169	10,897
		Person in critical situation				
		Critical patient				
		Ventilated patient	Artificial Respiration			
		Mechanically-ventilated patients				
#4	Experimental			Abstract	1,110,810	1,242,241
#5	Quasi-experimental			Abstract	32,449	15,541
#6	Control Group			Abstract	829,375	441,993
#7	Group Control			Abstract	29,237	4,519
#8	#1 OR #2 OR #3				44,627	25,433
#9	#4 OR #5 OR #6 OR #7				1,841,172	1,627,772
#10	#8 AND #9				2,492	1,408

Pesquisa realizada dia 11 de Agosto de 2021

**Apêndice 3 – Resumo do poster publicado em e-book do IV Seminário
Internacional do Mestrado em Enfermagem**

P16

Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva: protocolo de revisão sistemática da literatura de evidência de eficácia.

Jéssica, Guetas¹; Tânia Dias¹; Filipa Veludo²

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, Lisboa, Portugal.

² PhD, Docente no ICS, UCP, Lisboa, Portugal.

Email de correspondência: jeje.guetas93@gmail.com

Introdução: As pessoas internadas nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) geralmente apresentam uma condição inesperada que coloca em causa a sua vida. A maioria destas pessoas não terá conhecimento da sua condição até despertarem. Durante esse tempo, vivem um conjunto de sonhos, delírios e experiências emocionais relacionadas com acontecimentos reais (Granja et al., 2005). A evidência dá-nos a conhecer as experiências mais stressantes durante o internamento da pessoa em situação crítica, destacando-se: a aspiração de secreções, preocupações familiares, dor, imobilização no leito e medo de morrer/incerteza no futuro. Estas consequências neuropsicológicas foram também descritas como estando relacionadas com fatores ambientais da UCI ou fatores relacionados com problemas de memória, como amnésia ou *delirium* (Granja et al., 2005). Estes distúrbios acabam por afetar a qualidade de vida das pessoas após a alta da UCI. Para além de ser necessário rever os conceitos de analgesia e sedação ideais, é também importante desenvolver estratégias não farmacológicas que ajudem a manter memórias factuais (Granja et al., 2005). O despertar da pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), associado ao recuperar da consciência, constitui um momento crítico pelo confronto com a nova realidade (Vareta, 2018), inculcando ao enfermeiro competências adicionais na gestão do despertar da pessoa sob VMI.

Objetivos: Identificar, na Literatura científica, os estudos da natureza experimental com Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em

situação crítica sob ventilação mecânica invasiva; Identificar a eficácia das Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.

Materiais e Métodos: Esta revisão foi realizada segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e para elaboração da questão de investigação e critérios de inclusão utilizou-se a mnemónica PICO: "P" - pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva (≥ 18 anos); "I"- qualquer intervenção não farmacológica no despertar da VMI ; "C" – não definido por não se pretender analisar apenas uma intervenção; "O" - eficácia da intervenção. Serão considerados todos os estudos experimentais, quase experimentais, com grupo controlo, estudos pré-teste e pós-teste. Serão ainda incluídos estudos em língua portuguesa, inglesa e castelhana e sem friso temporal definido. Definiram-se como critérios de exclusão: estudos que não tenham qualidade metodológica (Critical Appraisal Tools do JBI); estudos em pessoas não hospitalizadas; estudos que abordem medidas farmacológicas no despertar da PSC sob VMI Iniciou-se pesquisa preliminar sobre o fenómeno na base de dados CINAHL através do motor de busca EBSCOhost para identificar o "estado da arte" e identificar os termos utilizados para descrever os artigos relevantes. Selecionaram-se os seguintes descritores: *awakening, awake, critical ill patient, person in critical situation, critical patient, ventilated patient e mechanically-ventilated patients*. Os termos indexados foram *early awakening, sleep arousal, wake, wakefulness, mechanical ventilation e artificial respiration*. A pesquisa final efetuou-se nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Cochrane Clinical Answers, MedicLatina, Library, Information Science & Technology Abstracts, via EBSCOhost, e PubMed (11 de Agosto de 2021) utilizando as palavras-chave e os termos indexados combinados com operadores booleanos (AND, OR).

Resultados: A seleção dos estudos será feita por dois investigadores independentes através da leitura dos títulos e resumos dos artigos, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão. A seleção dos artigos será operacionalizada pelo Software EndNote. O processo de seleção dos estudos será representado através de um diagrama de fluxo realizado com base no

PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*). Na avaliação da qualidade metodológica recorrer-se-á a instrumentos de avaliação Critical Appraisal Tools (Aromataris & Munn, 2020) desenvolvidas para cada tipo de estudo e apresentadas em forma tabular. Na extração dos dados será elaborada uma tabela que contemplará informações dos estudos selecionados: detalhes sobre a publicação e o estudo; características da amostra; o contexto; o desenho do estudo; os objetivos; as intervenções identificadas e os resultados da sua eficácia. A descrição completa de cada intervenção será extraída, como forma de permitir a reprodutibilidade de uma intervenção considerada eficaz (Aromataris & Munn, 2020). A síntese dos dados será apresentada de forma narrativa, recorrendo a tabelas sempre que a sua análise facilitar a clareza dos resultados obtidos.

Conclusão: O presente protocolo sistematiza os procedimentos inerentes à realização de uma revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia acerca das Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.

Referências Bibliográficas:

Aromataris, E., Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Australia: JBI. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>

Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care (London, England)*, 9(2). <https://doi.org/10.1186/cc3026>

Vareta, D. F. A. (2018). *O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: intervenção especializada de enfermagem (Relatório de Estágio: Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica)*. Disponível em: [http://Repositório Comum: O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: \(rcaap.pt\)](http://Repositório Comum: O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: (rcaap.pt))

Apêndice 4 – Poster “Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva”



Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva: protocolo de revisão sistemática da literatura de evidência de eficácia

Jéssica Guêtas, Tânia Dias, Filipa Veludo

Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Introdução: O despertar da pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), associado ao recuperar da consciência, constitui um momento crítico pelo confronto com a nova realidade (Vareta, 2018), inculcando ao enfermeiro competências adicionais na gestão do despertar da pessoa sob VMI.

Objetivos:

- Identificar, na literatura científica, os estudos da natureza experimental com intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob VMI;
- Identificar a eficácia das intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica (PSC) sob VMI.

Critérios de Inclusão
Estudos com pessoas adultas (≥ 18 anos) em situação crítica e sob VMI;
Estudos que identifiquem e avaliem as intervenções não farmacológicas no despertar da PSC;
Estudos que identifiquem e avaliem o grau de eficácia das intervenções não farmacológicas no despertar da PSC sob VMI;
Estudos experimentais, quase experimentais, com grupo controlo e estudos pré-pós testes, publicados ou não publicados;
Estudos em língua portuguesa, inglesa e castelhana.

Resultados:

- A seleção dos artigos será operacionalizada pelo Software EndNote®;
- O processo de seleção dos estudos será representado através de um diagrama de fluxo realizado com base no PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*);
- Na avaliação da qualidade metodológica recorrer-se-á a instrumentos de avaliação Critical Appraisal Tools (Aromataris & Munn, 2020) desenvolvidas para cada tipo de estudo e apresentadas em forma tabular;
- Na extração dos dados será elaborada uma tabela que contemplará informações dos estudos selecionados;
- A síntese dos dados será apresentada de forma narrativa, recorrendo a tabelas sempre que a sua análise facilitar a clareza dos resultados obtidos.

Conclusão: O presente protocolo sistematiza os procedimentos inerentes à realização de uma revisão sistemática de literatura de evidência de eficácia acerca das intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva.

Referências Bibliográficas

- Aromataris E, Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Australia: JBI. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
- Granja, C., Lopes A., Moreira S, Dias, C., Costa Pereira A., & Carneiro, A. (2009). Patients' recollections of experience in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care (London, England)*, 9(2). <https://doi.org/10.1186/cc3026>
- Vareta, D. F. A. (2018). *O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: intervenção especializada de enfermagem* (Relatório de Estágio: Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica). Disponível em: [http://repositorio.comum.0despertarda pessoasubmetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: \(rcaoppf\)](http://repositorio.comum.0despertarda pessoasubmetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: (rcaoppf))

Anexos


**Anexo 1 – Certificado de participação no IV Seminário Internacional do
Mestrado em Enfermagem**



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Jéssica Guetas, em coautoria com Enfermeira Tânia Dias e Prof. Doutora Filipa Veludo, participaram no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a apresentação do Poster n.º 16 com o tema *“Intervenções não farmacológicas no despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva: protocolo de revisão sistemática da literatura de evidência de eficácia”*, recebeu Menção Honrosa, no dia 26 de novembro de 2021, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: António Borges

Ana Paula Silva “Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19”
Ricardo Faria “Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Pessoa com Infecção por SARS-CoV-”
Isabel Faia “Critical Care Nursing to Acute Respiratory Distress Syndrome Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation: a Scoping Review”

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Anna Lindberg (RN, CCNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)
“ECMO: Pandemic experiences through the eyes of a ECMO specialist nurse”

10:45 –INTERVALO

11:00 –MESA DE ABERTURA

11:15 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderador: Amélia Alpoim

Ana Isabel Lopes “Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado”
Ana Paramos “A esperança na intervenção especializada junto do adolescente”
Débora Querido “A promoção da vinculação -um valor em saúde”

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos, Brasil)
“Integração de tecnologias por um cuidado humano e seguro na Enfermagem em Neonatologia”

13:00 – Almoço

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Laurina Gomes

Elsa Calado “Crianças e o Covid-19: Intervenção de enfermagem comunitária”

Sónia Coelho “As pessoas idosas e o suporte social formal em tempo de pandemia”

Maria do Céu Pires “Intervenção de enfermagem comunitária num bairro social em tempos de pandemia”

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Lisalaine Aparecida Fracoli (Universidade de São Paulo)
“Desafios para a incorporação de novas tecnologias na Atenção Primária em Saúde: em foco a pesquisa de implementação”

16:15 – Lançamento do Livro “25 anos de regulação na Enfermagem, 96 perfis e trajetórias assinaláveis”

16:45 – ENCERRAMENTO

17:00 – MOMENTO CULTURAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

Anexo 2 – Submissão do protocolo do Artigo Científico no Próspero


[Register your review now](#)

[Edit your details](#)

You have 1 records

Records that are being assessed

These records have been submitted for publication and are being assessed by the editorial team. You cannot make changes to these records while they are going through the editorial process.

ID	Title	Status	Last edited	
349353	Non-pharmacological interventions in awakening the critical person under invasive mechanical ventilation: A systematic review of the effectiveness evidence literature	Not yet registered	26/07/2022	

**Anexo 3 – Submissão do Artigo Científico à Revista *Nursing in Critical
Care***

My Submissions

Nursing in Critical Care
Literature Review

The awakening of the person in a critical situation

Submission Status Submitted
Submitted On 29 July 2022 by Jessica Guetas
Submission Started 29 July 2022 by Jessica Guetas

This submission has been sent to the editorial office and cannot be edited. Further instructions will be emailed to you from Manuscript Central.

[View Submission Overview](#)