



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

SONO E REPOUSO DO CLIENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por David Alexandre Marques Centeio

Lisboa, Maio de 2015



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

SONO E REPOUSO DO CLIENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por David Alexandre Marques Centeio

Sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, Maio de 2015

AGRADECIMENTOS

À minha Família por todo o apoio e incentivo,

À Rita pelo amor, carinho e compreensão das horas que estive ausente,

À Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa pela orientação e palavras de conforto,

A todos os Enfermeiros e demais profissionais que com a sua amizade e profissionalismo contribuíram para o que hoje sou e sei.

RESUMO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa. O mesmo evidencia os principais contributos dos estágios realizados para a aquisição e desenvolvimento de competências de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na assistência de enfermagem avançada ao cliente adulto e idoso, e particularmente ao cliente em estado crítico.

O primeiro estágio realizado, referente ao Módulo II, decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (UCICRE) de um hospital na periferia de Lisboa. O estágio referente ao Módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral de um hospital de Lisboa. Por último, o estágio do Módulo III (opcional) foi realizado numa Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar.

Com o objectivo de fornecer os dados científicos mais actuais sobre os factores influenciadores do sono do cliente internado na Unidade de Cuidados Intensivos, bem como as medidas promotoras do mesmo, foi feita uma revisão integrativa da literatura. Os seus resultados foram divulgados numa formação de serviço dirigida à equipa multidisciplinar da UCICRE e constituíram um pilar fundamental na prestação de cuidados especializados ao cliente vítima de traumatismo crânio-encefálico, internado na sala de observações do serviço de urgência. Numa fase posterior, estiveram na base de um projecto que se encontra a ser desenvolvido na UCICRE, denominado “Sono e Repouso na UCICRE” e foram apresentados e divulgados no âmbito das Boas Práticas da Direcção de Enfermagem desse mesmo Hospital.

Este relatório tem como principais objetivos documentar as aprendizagens e as actividades desenvolvidas em cada estágio de forma a concretizar os objetivos previamente definidos e refletir sobre situações problema em contexto da prática clínica e respetiva intervenção.

ABSTRACT

The present report is included on a Master study plan in Nursing, Medical-Surgical Nursing specialization, lectured by Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa. This report shows the main contributions of the Internship in the acquisition and development of specialized skills in Medical-Surgical Nursing in advanced nursing care to adult and elderly clients, particularly directed to the client in critical condition.

The first internship carried out concerning the second module has occurred in a special surgical intensive care unit on a Hospital on the outskirts of Lisbon. The second module internship was carried out in the General Emergency Service in a Lisbon Hospital. Lastly the third module internship (optional) has occurred in a Hospital Infection Control Commission.

With the purpose of providing new scientific data about the factors that influence sleep in the hospitalized client on an Intensive Care Unit as well as the measures to promote it, an integrative literature review was made. The results were released in a training service addressed to the multidisciplinary team of the special surgical intensive care unit and were very important in the specialized care giving to the client with traumatic brain injury hospitalized in observation room of the emergency service. At a later stage the results were the beginning of a project that is being developed in the special surgical intensive care unit named “Sleep and Rest in the Special Surgical Intensive Care Unit” and were presented and disclosed within Good Practices of the Nursing Directing of the same Hospital.

This report has as primary purpose to document the learning and the activities developed in each one of the internships as a way to accomplish the purposes defined previously and think about problem situations in the clinic practice context and proper intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

BO – Bloco Operatório

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

dB – Décibéis

cit in – Citado em

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EPI – Equipamento de Protecção Individual

et al – E outros

ESBL - Bactérias produtoras de B-lactamases de Escpectro Alargado

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MRSA - Methicillin-resistant Staphylococcus aureus

NREM – Non Rapid Eye Movement

OMS – Organização Mundial de Saúde

POPCI - Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

REM – Rapid Eye Movement

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SABA – Solução Anti-Séptica de Base Alcoólica

Sr. – Senhor

Sr.^a – Senhora

SO – Sala de observações

SUG – Serviço de Urgência Geral

SWS – Slow Wave Sleep

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICRE – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VRE - Vancomycin-resistant Enterococcus

VRSA - Vancomycin-resistant Staphylococcus aureus

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 – SONO E REPOUSO DO CLIENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	17
2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	29
2.1 MÓDULO II – UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS CIRÚRGICOS ESPECIAIS (UCICRE)	29
2.2 MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL (SUG)	43
2.3 MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO (CCI)	55
3 - CONCLUSÕES	67
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

APÊNDICES

APÊNDICE I – Formação “Hipotermia na UCI”

APÊNDICE II – Formação “Sono e Repouso na UCI”

APÊNDICE III – Panfleto “Período de Repouso”

APÊNDICE IV – Panfleto “Consentimento Informado, Livre e Esclarecido –
Enquadramento Jurídico”

APÊNDICE V – Panfleto “Sono e Repouso no Cliente com TCE”

APÊNDICE VI - Formação “Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco
Operatório – Prevenção e Controlo”

ANEXOS

ANEXO I – Checklist para colocação e remoção de EPI – Nível de protecção 3

ANEXO II – Técnica para colocação e remoção de luvas

INTRODUÇÃO

O constante desenvolvimento da ciência e a sua conseqüente repercussão na área da saúde, traz hoje em dia maiores responsabilidades, novas exigências e a necessidade de actualizações constantes por parte daqueles que prestam cuidados.

A enfermagem, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) que está regulamentado no Dec. Lei nº161/96 de 4 de Setembro com alterações introduzidas pelo Dec. Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, é a profissão na área da saúde que tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do seu ciclo de vida, e à comunidade onde ele está inserido, de forma a preservar, melhorar ou restaurar a saúde, ajudando-os a alcançar a sua maior capacidade funcional tão depressa quanto possível.

Desta forma, e tal como salientado no artigo 88º do Código Deontológico, o enfermeiro, em busca da excelência do exercício profissional, assume o dever de “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Na busca pela melhor qualidade e segurança dos cuidados prestados, é assim fundamental o aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, desenvolvendo um conjunto de competências clínicas especializadas. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2) o enfermeiro especialista apresenta um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Ciente da responsabilidade inerente à profissão da enfermagem em aprender e desenvolver a sua própria prática, decidi abraçar um novo desafio e realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Instituto de Ciências da Saúde. O mesmo é constituído por uma componente teórica e uma componente prática - estágio de enfermagem médico-cirúrgica, composto por três módulos - e o respectivo relatório.

A escolha pela área de especialização médico-cirúrgica deve-se ao facto de esta ter como grande alvo de intervenção o doente crítico e a sua família. Tal como defendido pela Ordem dos Enfermeiros no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, de forma a dar resposta à grande diversidade e complexidade de problemáticas da saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica “assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade no Sistema Nacional de Saúde Português”, contribuindo para elevados padrões de qualidade na assistência na área da saúde.

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são cuidados revestidos de grande complexidade, exigindo por parte do enfermeiro conhecimentos técnicos e científicos, uma interpretação sistémica e sistematizada de dados, que permita prever complicações e intervir de forma precisa, eficaz e em tempo útil. O estágio realizado, composto pelos três módulos, permitiu assim o desenvolvimento dessas competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Na primeira etapa do percurso, realizei o estágio correspondente ao Módulo II na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (UCICRE) de um hospital na periferia de Lisboa.

A escolha deste campo de estágio, passou pelo facto de ser um serviço que se destina, preferencialmente a doentes de várias especialidades cirúrgicas, incidindo assim grande parte da sua intervenção na área cirúrgica. O facto estar dentro das dinâmicas e das políticas desta instituição revelou-se como uma grande vantagem para uma melhor integração. Com a escolha deste campo de estágio e, uma vez que desempenho funções no Bloco Operatório, pretendia também ficar com uma melhor percepção da globalidade dos cuidados que são prestados ao cliente, dando continuidade aos cuidados prestados, aumentando assim a segurança e a qualidade dos mesmos. Este estágio realizou-se no período entre 17/02/2014 a 17/04/2014.

O estágio relativo ao Módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral (SUG) de um hospital de Lisboa. A escolha deste hospital para a realização deste campo de estágio deveu-se ao facto de ser considerado um hospital central de referência, um hospital “fim de linha”, que abrange várias valências e que oferecia potencialmente um leque variado de oportunidades de aprendizagem. Foi também um dos objectivos ficar a conhecer novas

realidades, novas dinâmicas e eventualmente métodos de trabalho diferentes daqueles a que estava habituado na minha instituição. Este módulo foi realizado entre 08/09/2014 e 31/10/2014.

Para o terceiro e último módulo – o módulo opcional – a minha escolha recaiu sobre a Comissão de Controlo de Infecção (CCI) de um hospital na periferia de Lisboa. A minha escolha por este serviço prendeu-se com facto de trabalhar especificamente uma área de intervenção transversal a qualquer unidade de saúde, onde o enfermeiro tem um papel preponderante, uma vez que a sua intervenção vai contribuir para a segurança do doente, ao prevenir e controlar as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). A minha escolha teve também por base a necessidade de aprofundar conhecimentos na área das IACS, colaborando na prevenção das infecções evitáveis. Tal como referiu Florence Nightingale, “o mínimo que se deve esperar do hospital é que não faça mal ao doente”. Os efeitos adversos da prestação de cuidados traduzidos pelas IACS são cada vez mais alvo da atenção quer de entidades internacionais, quer da Direcção-Geral da Saúde (DGS) no sentido de as minimizar e controlar.

A mesma posição é evidenciada pela Ordem dos Enfermeiros (2011, pg. 7) quando esta afirma que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção”. A realização deste módulo decorreu de 03/11/2014 até 19/12/2014.

Para atingir com sucesso cada um dos módulos e de forma a desenvolver assim as competências de enfermeiro especialista, elaborei um projecto de estágio em cada módulo, no qual foram definidos os objectivos específicos - objectivos esses relacionados com o meu projecto de desenvolvimento pessoal e com as necessidades encontradas em cada serviço – e as actividades de forma a desenvolver com sucesso as competências. É importante referir que estes projectos se revelaram instrumentos preciosos, uma vez que nasceram do “cruzamento” entre a teoria e a prática, resultaram da análise e discussão com as enfermeiras tutoras e enfermeira orientadora e foram sujeitos a reformulações e adaptações, servindo assim como linhas orientadoras no desenvolvimento das competências. Ao longo de todo o processo desenvolvi também um portefólio, no qual constam os principais trabalhos realizados, documentação que considero pertinente,

resultante da pesquisa bibliográfica e algumas das actividades desenvolvidas sob a forma de reflexões críticas da prática.

A elaboração deste relatório apresenta-se desta forma como mais uma etapa neste longo caminho. Com ele pretendo descrever o meu percurso e as actividades que foram desenvolvidas em todos os campos de estágio, reflectir sobre algumas situações e vivências, identificar situações problema, as estratégias de resolução das mesmas, legitimando assim a aquisição de novas competências e o amadurecimento de algumas já adquiridas ao longo do meu percurso profissional. De referir que ao longo do mesmo adoptei o termo cliente como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem e que se apresenta como um participante activo no quadro da relação de cuidados.

A primeira parte do relatório consiste numa revisão integrativa da literatura, onde é apresentado o conhecimento científico reunido sobre os factores que influenciam o sono e repouso do cliente internado na UCI, bem como as medidas promotoras do mesmo.

No segundo ponto é feita uma análise das actividades e reflexão sobre as competências desenvolvidas. Este ponto encontra-se dividido em três sub-capítulos, correspondentes a cada módulo de estágio, apresentados pela ordem cronológica da sua realização, os objectivos delineados para cada módulo, bem como a análise das principais actividades e reflexão sobre as competências desenvolvidas.

Por último apresentam-se as conclusões finais, analisando criticamente os aspectos mais relevantes no processo de aprendizagem, complementando com documentos anexos referentes a todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento.

De salientar que o relatório foi escrito ao abrigo do antigo acordo ortográfico.

1 – SONO E REPOUSO DO CLIENTE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

O sono, pela sua importância na manutenção e recuperação da saúde do ser humano, afecta em grande escala a sua qualidade de vida, o seu bem-estar e o seu conforto. Devido à ocorrência comprovada de privação do sono nas unidades de cuidados intensivos, foi considerada pertinente a realização de uma revisão integrativa da literatura nesta área, com o objetivo de compreender quais os factores influenciadores do sono e repouso do cliente internado em UCI, bem como as medidas que permitem a promoção do mesmo. A escolha deste tema deveu-se a uma preocupação evidenciada no decorrer do exercício profissional, sendo o principal objectivo encontrar a melhor evidência na literatura nesta área, contribuindo assim para uma melhoria contínua dos cuidados prestados.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, versão 2), o sono pode ser definido como “redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.”

O sono é uma função biológica essencial, importante não só para o bem estar físico como para o bem-estar emocional. Clientes internados num hospital têm diversas vezes um sono sem qualidade, apresentando dificuldade em adormecer, fragmentação do sono, despertares matinais e uma diminuição do tempo total de sono (Watson et al, 2012).

Muitos adultos hospitalizados são afetados por um sono sem qualidade, sendo esta problemática ainda pouco reportada e subvalorizada por uma grande parte dos profissionais de saúde. As unidades de cuidados intensivos (UCI) constituem a área dos hospitais onde os distúrbios de sono apresentam níveis mais elevados e representam também a origem mais relevante de informação presente na literatura (Watson et al, 2012).

A privação do sono é caracterizada por uma contínua falta de sono restaurador e que ao fim de algum tempo desencadeia sequelas físicas e cognitivas. Estudos revelaram que a privação do sono enfraquece as vias aéreas superiores causando problemas respiratórios, prolongando a necessidade de suporte ventilatório, a estadia na unidade e complicando o período pós-extubação (Tembo et al, 2013).

Segundo Bihari et al (2012), uma das complicações que é frequentemente negligenciada na admissão do cliente numa UCI é a falta de um sono adequado. Os distúrbios de sono estão relacionados com uma resposta imune deficitária, uma diminuída resistência a infecções, atraso na cicatrização de feridas e alterações a nível cardiovascular e neurológico.

Diversos estudos realizados para avaliar o sono de clientes internados em UCI concluíram que o sono é afectado negativamente, quer na duração quer na qualidade, e a sua estrutura é interrompida (Cicek, 2014).

De forma a melhor entender a importância do sono na recuperação do cliente, é fundamental compreender de uma forma generalizada o seu mecanismo. O sono é composto por vários estadios sequenciais, enquadrados em dois padrões fundamentais: o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM), que engloba quatro estadios, e o sono com movimentos oculares rápidos (REM) que compreende um estadio. O sono inicia-se nos quatro estadios de sono NREM : o estadio I representa um estadio de transição entre a vigília e o sono profundo; o estadio II apresenta um sono um pouco mais profundo, no qual a pessoa não está consciente do que a rodeia mas pode facilmente ser acordada; o estadio III e IV representam os estadios de sono de ondas lentas ou delta (também denominados de slow-wave sleep – SWS) onde o sono é o mais profundo e onde ocorre a recuperação fisiológica, estando em muito associado à função imunitária. O último estadio do sono – o V – corresponde ao sono REM, onde ocorrem os sonhos. Cada ciclo do sono - composto por sono NREM seguido pelo sono REM - repete-se cinco a seis vezes durante a noite, tendo um período de duração de 90 minutos (Ganz, 2012). Ao longo da noite a duração do NREM diminui enquanto que o REM aumenta (Afonso, 2014). Durante o sono NREM a actividade cerebral é mais baixa, diminuindo também a taxa metabólica, enquanto que no sono REM o cérebro encontra-se activo e existe atonia do músculo esquelético (Watson et al, 2012).

Os profissionais de saúde reconhecem hoje a necessidade de promover um sono de qualidade nos clientes em estado crítico, sendo que a compreensão dos factores que contribuem para a privação do sono podem levar ao desenvolvimento de futuras investigações, bem como à criação de protocolos de prevenção e resolução deste problema. É assim importante identificar quais os factores e as práticas que contribuem para a privação do sono e que podem ser potencialmente modificáveis (Little et al, 2012).

Procedimentos metodológicos

De forma a obter resposta à questão central - quais são os factores que influenciam o sono do cliente internado em UCI ? – e de uma questão que emerge da inicial - quais são as medidas promotoras do sono no cliente internado em UCI? - foi feita pesquisa nas bases de dados EBSCOhost (CINAHL Plus With Full Text; MEDLINE with Full text; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; British Nursing Index; MedicLatina; Health Technology Assessments; Academic Search Complete; ERIC; Business Source Complete); PubMed central, Scielo, Revista de Enfermagem Nursing. Foi realizada pesquisa no motor de pesquisa Google Académico e consideraram-se, ainda, as referências bibliográficas dos artigos consultados.

Como critérios de inclusão foram definidos: os clientes internados em unidades de cuidados intensivos e artigos na língua portuguesa, inglesa e espanhola e artigos com texto completo. Foi considerado critérios de exclusão a população alvo conter bebés/crianças. A pesquisa foi realizada entre Fevereiro e Março de 2015 e foi definido um limite temporal entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2014.

Para identificar os estudos foram utilizados na pesquisa das diferentes bases de dados os descritores em saúde: sleep, sleep deprivation e intensive care unit; sono, privação do sono e unidade de cuidados intensivos. Estes descritores foram combinados usando os termos “and” da linguagem booleana.

Na amostra inicial foram encontrados 52 artigos, dos quais foram excluídos à partida 9, por se encontrarem repetidos (7), por se apresentar em língua grega (1) e em italiano (1), permanecendo assim 43. Após leitura do título e do resumo, de forma a responder à questão de investigação foram seleccionados 20 artigos.

Discussão e Análise dos Resultados

A análise dos artigos seleccionados, decorrentes da revisão de literatura, levam ao encontro de várias evidências e conclusões que dão resposta às questões em estudo.

Decorrente dos resultados encontrados, considerou-se pertinente dividir a sua discussão e análise em duas partes: na primeira, são identificados os factores influenciadores do

sono e repouso do cliente internado na UCI enquanto que na segunda parte são reunidas as medidas promotoras do mesmo.

No âmbito dos factores influenciadores do sono e repouso do cliente na UCI, foram identificados o ruído, a luminosidade, as intervenções dos profissionais de saúde, a medicação, a ventilação mecânica e outros factores, que merecem ser analisados mais pormenorizadamente.

A) Ruído

Grandes níveis de ruído são comuns numa UCI, e os vários artigos apontam o ruído como sendo uma das mais frequentes causas de um sono deficitário. Segundo Cicek et al (2014) o factor mais influenciador do sono é o ruído. O mesmo é afirmado por Tracy et al (2011) e por Saldaña et al (2013) ao considerarem o ruído como sendo um factor constante na UCI, contribuindo para a privação do sono dos clientes internados.

Xie et al (2009) cit in Lawson et al (2012) afirma que entre 17% a 57,6% das interrupções do sono do cliente são devidas ao ruído, e que o ruído suportado por clientes internados é mais baixo do que o ruído suportado por pessoas saudáveis.

As guidelines da Organização Mundial de Saúde (OMS) para níveis de ruído nos hospitais especificam que durante a noite os níveis sonoros não devem exceder um máximo de 40 db. Isto deve-se ao facto de os clientes internados não conseguirem lidar com o aumento do stress gerado pelo ruído ambiental excessivo (Lawson et al, 2012; Darbyshire et al, 2013). No entanto, vários estudos desenvolvidos em UCI demonstram que estes níveis são ultrapassados. Por exemplo, um estudo de Peterson cit in Lawson et al (2012) revelou níveis de ruído nocturnos superiores a 50 dB, com picos entre 80 e 86 dB; Freedman et al cit in Lawson et al (2012) identificou níveis de ruído de cerca de 59,1 dB, com picos de 85,9 dB durante o dia e de 56,8 dB, com picos de 82,8 dB durante a noite.

Um estudo de investigação realizado por Darbyshire et al (2013) concluiu que efectivamente os níveis de ruído identificados em cinco UCI do Reino Unido excediam diversas vezes os níveis definidos pela OMS. No entanto concluiu também que, embora alguns estudos apontassem que era possível diminuir os níveis de ruído pelo menos temporariamente, em nenhum foi atingido um nível de ruído abaixo do definido pela OMS. Este estudo sugere que com o equipamento actualmente necessário para prestar

cuidados ao cliente em estado crítico, os níveis de ruído definidos nas guidelines da OMS, não são passíveis de ser alcançados.

O ruído gerado na UCI tem diferentes causas, incluindo as conversas entre os profissionais de saúde (59 db a 90 db), os alarmes dos monitores (72 db a 77 db) e ventiladores (76 db), seringas infusoras (73 db a 78 db), visitas dos familiares, telefones, televisão (Saldaña et al, 2013; Kamdar et al, 2012). De todos, os mais citados pelos clientes internados como sendo mais disruptivos do sono são as conversas entre os profissionais de saúde e os alarmes dos equipamentos (Lawson et al, 2012).

De uma forma geral, o ruído é apontado como sendo o factor que mais influencia o sono do cliente internado na UCI. No entanto, as conclusões de Bihari et al (2012) não sustentam a hipótese do ruído ser o estímulo mais disruptivo do sono do cliente internado na UCI, contrariando grande parte da literatura existente nesta matéria. O mesmo artigo afirma que as interrupções do sono na UCI são multifactoriais.

B) Luminosidade

Segundo Cicek et al (2014), a luminosidade constitui o segundo factor identificado como sendo disruptor do sono. A necessidade de boa luminosidade para o desenvolvimento das actividades dos profissionais no hospital e em particular nas UCI é um facto inquestionável. No entanto, é muito importante controlar este factor tanto quanto possível, de forma a promover o sono e repouso do cliente.

Como consequência da exposição à luminosidade contínua, necessária para os diferentes tratamentos e cuidados, o cliente perde a orientação dia-noite, a noção do tempo e do ciclo de sono. A exposição a luzes intensas pode alterar até 6 horas o ritmo circadiano, uma vez que a luz é o principal agente regulador desse ciclo (Saldaña et al, 2010).

Embora seja um factor disruptivo do sono devido ao seu papel no ciclo circadiano e na libertação de melatonina, a luminosidade é apontada por clientes internados em UCI como sendo menos disruptivo que o ruído e as intervenções dos profissionais de saúde (Kamdar et al 2012; Makic et al, 2014).

C) Intervenções dos Profissionais de Saúde

Nos diversos artigos analisados, as intervenções dos profissionais de saúde, especificando as intervenções de enfermagem, apresentam-se como um dos factores mais

influenciadores da qualidade do sono do cliente, logo a seguir aos factores ambientais já referidos, como o ruído e a luminosidade.

Segundo Kamdar et al (2012), o cliente internado numa UCI chega a ser sujeito entre 40 a 60 interrupções em cada noite devido à prestação de cuidados por parte dos profissionais, estando em linha com o estudo de Celik et al (2005) cit in Cicek et al (2014) que concluiu que eram prestadas uma média de 51 intervenções durante a noite a cada cliente.

Entre as intervenções mais frequentes foram identificadas: a administração de medicação, a monitorização/avaliação de sinais vitais (especificamente a avaliação da pressão arterial nos clientes sem linha arterial), colheitas de sangue, cuidados de higiene e posicionamentos.

Devido ao seu grau de instabilidade, o cliente em estado crítico requer uma vigilância apertada e cuidados diferenciados por parte dos profissionais, com diversas interações. Existem no entanto vários factores modificáveis que podem contribuir para uma optimização do sono do cliente crítico.

D) Medicação

Várias medicações que são comumente utilizadas na UCI provocam um efeito acentuado na qualidade e quantidade do sono do cliente. As benzodiazepinas, frequentemente utilizadas continuamente de modo a favorecer a adaptação do cliente ao ventilador, apesar do seu efeito sedativo e ansiolítico, diminuem os estádios 3 e 4 do sono NREM. Opióides como fentanil ou morfina reduzem o sono REM e diminuem os estádios 3 e 4 do NREM. Os corticóides são já conhecidos por causar irritação e confusão, afectando também a fase REM do sono. A amiodarona, digoxina e betabloqueadores causam pesadelos e insónia, enquanto que os antidepressivos suprimem o sono REM. (Saldaña et al, 2010; Kamdar et al, 2012)

A sedação é muito utilizada na UCI, particularmente em clientes que necessitam de ventilação mecânica. A maioria dos sedativos e analgésicos são conhecidos por causar uma diminuição do SWS e do sono REM. Segundo Watson et al (2012), o facto de os sedativos proporcionarem as mesmas propriedades e benefícios do sono natural, é ainda desconhecido e objecto de alguns estudos. Embora o sono e a sedação apresentem algumas semelhanças - que passam por uma resposta reduzida, redução de tónus muscular

e desregulação da temperatura – segundo Makic et al (2014) o sono e a sedação apresentam bastantes diferenças. Enquanto que o sono é um processo biológico e natural que contribui para uma recuperação fisiológica, a sedação não é natural e não engloba os padrões de sono normais. A sedação pode aumentar o tempo total de sono, mas a inexistência da arquitectura normal do sono, a redução do sono REM e a desorganização do ciclo circadiano contribuem para a privação do sono.

E) Ventilação Mecânica

Segundo Nakos (2012) a ventilação mecânica apresenta-se como um factor influenciador do sono, em grande parte devido à assincronia cliente-ventilador. O mesmo autor afirma que a modalidade de pressão assistida causa uma maior fragmentação do sono do que modalidades de pressão controlada. Por outro lado, Kamdar et al (2012) defende que, apesar de ser necessária maior investigação e da resposta final permanecer incerta, o ajuste do ventilador para maximizar o conforto do paciente e consequentemente a qualidade do seu sono, depende mais do ajuste dos parâmetros ventilatórios do que do modo ventilatório propriamente dito.

Vários artigos apontam a ventilação mecânica como sendo disruptiva do sono do cliente, uma vez que este apresenta um sono mais fragmentado e menos eficiente. Os aspectos relacionados com a ventilação mecânica que contribuem para uma maior fragmentação do sono incluem: esforço ventilatório aumentado, troca anormal de gases e dessincronização do cliente-ventilador. Outros factores associados tais como o desconforto do tubo endotraqueal, alarmes do ventilador, aspiração de secreções, posicionamentos e a necessidade de maior número de intervenções por parte dos profissionais de saúde contribuem também para uma diminuição da qualidade do sono do cliente (Kamdar et al, 2012).

De salientar que segundo Watson et al (2012) embora a ventilação mecânica afecte a qualidade do sono, a qualidade do sono parece também afectar o sucesso da utilização de ventilação.

F) Outros factores

Existem outros factores que contribuem para a privação do sono do cliente internado numa UCI, sendo muitos deles inerentes à sua condição crítica. Desta forma, a dor foi apontada como causadora de muitos despertares durante a noite; são também referidos a

ansiedade e stress gerados pelo facto de estar num ambiente estranho e pela incapacidade de comunicar (Kamdar et al, 2012).

Foi apontado por Saldaña et al (2010) que, a seguir aos factores ambientais e à intervenções dos profissionais, o factor que mais influenciava o sono do cliente era a sua falta de conhecimento relativamente ao seu estado de saúde, aos tratamentos, métodos diagnósticos e linguagem técnica, causando confusão e ansiedade por inadequada compreensão, quer no cliente quer na sua família.

Um dos factores a ter em consideração identificado por Bihari et al (2012) e Kamdar et al (2012) são as alterações do padrão do sono anteriores ao internamento, sendo particularmente importante dar continuidade à sua medicação hipnótica, caso não esteja contra-indicada. Para além destas, a própria condição e gravidade da doença influenciam a qualidade do sono de clientes hospitalizados (Kamdar et al, 2012).

O trabalho desenvolvido por Xie, Kang & Mills cit in Saldaña et al (2013) menciona ainda como um dos motivos causadores da privação do sono o tom de voz alto usado pelas visitas e familiares e um desenho inadequado da infraestrutura física da UCI, comprometendo a privacidade dos clientes.

No artigo de Tembo et al (2013), é referido que alguns participantes descreveram a sensação de proximidade da sua morte, o medo de não acordar do sono e o facto de presenciarem a morte de outros clientes como motivos perturbadores do sono.

Surpreendentemente e, contrariando um pouco a maioria dos artigos usados, Bihari et al (2012) defendem que a gravidade e tipo de doença, o período de internamento na UCI, o status pós-operatório e as intervenções dos profissionais não foram associados com a qualidade do sono na UCI. Dentro da mesma linha, a investigação de Cicek et al (2014) revelou que as diferenças entre o diagnóstico dos clientes e a qualidade do seu sono não foi estatisticamente relevante.

No artigo de Ehlers et al (2012), o factor mais disruptivo do sono apontado pelos clientes foi o facto de não saber o nome do enfermeiro que lhes estava a prestar cuidados, sendo que 94,1% dos inquiridos afirmaram que dormiam melhor quando conheciam os enfermeiros; 38,2% afirmou que conhecer o enfermeiro que estava a prestar cuidados ajudava a aliviar o desconforto.

Depois de identificados os factores que afectam o sono do cliente na UCI, torna-se fundamental reconhecer as medidas promotoras do mesmo. Um dos primeiros passos a dar no sentido da promoção do sono passa por uma consciencialização da temática, sendo muito importante formar e informar os membros da equipa acerca da importância do mesmo na recuperação do cliente. É fundamental que os enfermeiros conheçam a fisiologia do sono bem como os factores que causam a sua privação. De forma a implementar um plano de tratamento promotor de um sono de qualidade, deve ser feita uma avaliação do padrão de sono de cada cliente (Cicek et al, 2014).

Em grande parte dos artigos abordados é salientada a importância da modificação/optimização dos factores ambientais da UCI, em especial do ruído causado pelas conversas entre os profissionais e diminuição da luminosidade durante a noite. É sugerido também o ajuste dos horários de visita, na realização de tratamentos/exames e um planeamento dos cuidados de enfermagem de forma a que não interfiram com os períodos de repouso do cliente, sempre que o seu estado de saúde o permitir. Durante a noite, as intervenções de enfermagem bem como as restantes actividades devem ser restringidas ao mínimo possível (Tracy et al, 2011; Nakos, 2012; Cicek et al, 2014; Little et al, 2012; Ehlers et al, 2012).

De forma a reduzir o ruído, é sugerido: baixar o volume dos alarmes dos monitores, adequando os limites ao estado e parâmetros do cliente; ajustar o horário de administração de terapêutica durante a noite, principalmente por via de administração oral; moderação do tom de voz nas conversas entre os profissionais (Saldaña et al, 2010; Saldaña et al, 2013).

No trabalho de Bihari et al (2012), os efeitos negativos do ruído pareciam estar particularmente relacionados com o ruído provocado pelos telemóveis e telefones, sendo assim sugerido a redução do volume dos telefones e o uso do modo vibratório nos telemóveis.

É também referido por Nakos (2012) e Makic et al (2014) a importância da escolha e ajuste do modo ventilatório de forma a promover a sincronia entre o cliente e o ventilador e de forma a evitar a hiperventilação. Da mesma forma deve ser limitado, tanto quanto possível, o uso de sedação.

Alguns artigos sugerem que a utilização de tampões de ouvido podem reduzir o impacto do ruído nos pacientes. (Derbyshire, 2013; Nesbitt et al, 2014; Cicek et al, 2014; Makic

et al, 2014). Por outro lado, na investigação de Yazdannik et al (2014) não foi confirmado o efeito positivo dos tampões de ouvido e de máscaras para os olhos no sono do cliente.

A dor deve ser tida em consideração, devendo ser utilizadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o controlo e prevenção da mesma (Saldaña et al, 2010). Médicos e enfermeiros devem desta forma assegurar que a analgesia administrada é suficiente e eficaz (Ehlers et al, 2012).

De acordo com os factores condicionantes do sono e repouso encontrados, Tembo et al (2013) afirma que os profissionais devem ter em consideração a importância do conforto na promoção do sono, dialogando com o cliente acerca das suas necessidades de conforto e preferências de sono. Devem também ser desenvolvidas práticas que impeçam os clientes de presenciar a morte na UCI. O mesmo é proposto por Ehlers et al (2012) quando afirma que um cliente em fim de vida deve ser transferido para um quarto privado/isolado, de modo a lhe proporcionar e à sua família privacidade, reduzindo também o stress e a ansiedade dos outros clientes na UCI.

Com o objectivo de reduzir o stress e ansiedade, os enfermeiros devem apresentar-se ao cliente, utilizar uma linguagem acessível e certificar-se que o cliente compreende a sua condição e os tratamentos a que está a ser submetido (Ehlers et al, 2012). É também sugerido que, nas visitas médicas, deveria ser dado mais tempo ao cliente para que este possa apresentar os seus receios e dúvidas.

Cientes com história anterior de alterações do padrão de sono e que usam ou usaram hipnóticos ou outras drogas psicotrópicas podem estar em especial risco de privação de sono, merecendo especial atenção (Bihari et al, 2012).

Segundo Tracy et al (2011), o uso de técnicas de relaxamento, tal como o relaxamento muscular progressivo e a massagem parecem contribuir para o sono do cliente. Da mesma forma, comunicar com os familiares e cliente de forma a tentar encontrar as suas rotinas, padrão de sono e um posicionamento confortável são medidas que contribuem para a qualidade do sono.

Em grande parte dos artigos analisados, é mencionada a necessidade do desenvolvimento de protocolos que visem medidas e intervenções promotoras do sono do cliente internado em UCI (Makic et al, 2014; Nesbitt et al, 2014; Lawson et al, 2012; Saldaña et al, 2010).

Estes protocolos pressupõem o estabelecimento de um ou mais períodos, durante o dia e/ou noite, no qual/quais são adoptadas intervenções com o objectivo de diminuir o ruído e promover a qualidade do sono do cliente. Estas intervenções e atitudes englobam grande parte das medidas que foram anteriormente referidas.

Existem já diversos casos que relatam o sucesso da implementação destes protocolos. Olson et al cit in Tracy et al (2011) desenvolveu numa UCI neurocirúrgica um protocolo “quiet-time” em dois períodos específicos do dia: das 02:00 às 04:00 e outro das 14:00 às 16:00. Na implementação de dois períodos de de repouso (um diurno, das 14:00 às 16:00 e um nocturno, das 0:00 às 02:00) numa UCI centro de trauma nível 1 de Seattle, algumas das barreiras encontradas foram a resistência do staff ao conceito, preocupações relativamente à limitação dos cuidados durante o período de repouso e a comunicação do processo à equipa multidisciplinar. No entanto, num questionário após a implementação destes períodos de repouso, dos 38 membros staff, 100% considerou ser benéfico para os pacientes e para eles próprios (devido à redução do stress) e houve um aumento de 20% da satisfação relacionada com os níveis de ruído por parte dos familiares dos clientes internados. Foi também efectuada uma monitorização sonora que revelou a redução do ruído de 10 dB durante o período de repouso (Huster et al, 2012).

Considerações Finais

Factores ambientais como o ruído e luminosidade, bem como as intervenções dos profissionais de saúde apresentam-se como factores influenciadores do padrão de sono do cliente internado na UCI. Para além destes, muitos outros potencialmente modificáveis foram identificados como disruptores do sono do cliente em estado crítico.

Mesmo após décadas de investigação na qual se descrevem alterações do sono em clientes internados em UCI, grande parte destas unidades fizeram poucas modificações de forma a melhorar a qualidade do sono dos clientes internados. Assim, apesar de hoje se saber que o sono é essencial para a recuperação, tratamento e sobrevivência do cliente em estado crítico, a privação do sono nestes clientes continua a ser um problema.

Torna-se assim essencial a consciencialização e o desenvolvimento de medidas que diminuam ao máximo as interrupções dos períodos de sono e que promovam um ambiente favorável a um sono de qualidade e reparador. É desta forma importante dotar os profissionais de saúde de uma formação mais especializada nesta área. A criação de protocolos de períodos de repouso além de se apresentar como um desafio, demonstrou

já ser uma mais-valia na promoção do sono do cliente e na qualidade dos cuidados prestados nas UCI onde foram implementados.

2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo é realizada uma abordagem crítica e reflexiva das actividades e estratégias desenvolvidas ao longo dos três campos de estágio e que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista. A abordagem será descrita ao longo dos três campos de estágio, pela ordem cronológica de realização: Módulo II: Cuidados Intensivos, Módulo I: Serviço de Urgência e Módulo III: Comissão de Controlo de Infecção.

2.1 MÓDULO II – UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS CIRÚRGICOS ESPECIAIS (UCICRE)

A UCICRE é uma unidade que presta cuidados de saúde diferenciados a clientes cirúrgicos graves, que necessitam de monitorização e suporte vital adequado, numa óptica de gestão eficiente dos recursos disponíveis, visando atingir a excelência dos cuidados e a preservação da dignidade dos clientes e família.

Faz também parte da política da UCICRE a aposta na formação contínua dos seus profissionais, na investigação em saúde e colaborar na formação de novos profissionais, proporcionando campos de estágio às escolas de Medicina e Enfermagem. Isto foi para mim evidente logo nas primeiras impressões, ao ver que a equipa me recebeu de forma aberta, com bastante naturalidade e num espírito de entajuda.

Estruturalmente, a UCICRE tem seis camas – uma unidade aberta com 4 camas e 2 camas em quartos individuais - equipadas com sistemas de suporte vital e monitorização ventilatória e hemodinâmica.

A equipa de saúde da UCICRE é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e secretário de unidade. Funciona também com o apoio diário de serviços como a Medicina Física e Reabilitação, Imagiologia, Patologia Clínica, Microbiologia e Farmácia. A equipa de enfermagem é composta por uma enfermeira chefe, dezoito enfermeiros na prestação directa de cuidados, entre os quais duas enfermeiras especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma outra especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Para melhor me integrar tive a oportunidade de consultar e analisar os protocolos e procedimentos existentes e específicos deste serviço. Pude constatar que existem vários protocolos e procedimentos previstos: colocação de linha arterial e heparinização de soros nas mangas de pressão; cuidados de enfermagem na introdução da ventilação não invasiva; mudança de linhas dos dispositivos intravasculares; mudança de decúbitos; transferência de doentes dentro do hospital; entubação traqueal, entre outros.

Após pesquisa, reflexão e diálogo com a enfermeira orientadora, foi definido como objectivo geral: desenvolver competências de enfermagem éticas, técnicas, científicas e relacionais à pessoa/família em situação crítica na UCICRE. Foram também delineados os seguintes objectivos específicos de forma a desenvolver as competências de enfermeiro especialista:

- 1) Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente/família em situação crítica em contexto de cuidados intensivos;
- 2) Promover o conforto ambiental , através da sensibilização da equipa para a importância do sono e repouso do cliente na UCICRE.

Objectivo Específico 1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente/família em situação crítica em contexto de cuidados intensivos

Tal como afirmado por Silva et al (2010), as unidades de cuidados intensivos são caracterizadas pela utilização de um vasto aparato tecnológico do qual fazem parte os dispositivos de monitorização hemodinâmica, destacando-se os métodos invasivos. E apesar de já saber que as UCI são caracterizadas por isso, estar lá e visualizar causou um grande impacto em mim. Apesar de prestar cuidados a clientes com necessidade de ventilação assistida no meu contexto de trabalho, a unidade do cliente da UCICRE, composta por bombas infusoras (4), seringas perfusoras (5), ventilador e demais material necessário à prestação de cuidados, causou-me alguma ansiedade nos primeiros turnos. Isto acontece também devido à vontade que temos de querer saber funcionar logo à partida com todo o aparato tecnológico com que nos deparamos. De facto, o ambiente tecnológico da UCI faz dirigir o foco de atenção do profissional para a capacidade de lidar com estes instrumentos, remetendo para segundo plano a relação com o cliente. Penso que este é um erro que ocorre diversas vezes com os profissionais de enfermagem que se encontram as primeiras vezes neste contexto. Considero que neste momento

consigo estabelecer a minha orientação para as necessidades do cliente, *gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada*, sendo uma competência que foi desenvolvida no decorrer de todo o estágio.

Logo nos primeiros turnos, apercebi-me de algo que me deixou muito satisfeito no modo de trabalho da equipa – o não trabalhar por rotinas. “Rotinas do serviço”. Estas são as três palavras que infelizmente, mais vezes ouvimos quando vamos fazer integração num serviço novo. Ao longo da minha carreira profissional e também reforçado nas aulas do mestrado, aprendi que trabalhar por rotinas é dos maiores erros que podemos cometer na prestação de cuidados de enfermagem. Ao fazer isso, estaremos a tratar a doença em vez de cuidar do cliente; não estaremos a compreender o cliente como um ser único e individual, com necessidades específicas. A rotina leva-nos para o caminho oposto da reflexão e da qualidade dos cuidados. Senti-me bem quando me apercebi que não era esse o modo de trabalhar nesta unidade. Segundo Carvalho et al (2009) o processo de enfermagem envolve uma sequência de etapas específicas (obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planeamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações), com a finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, de forma a considerar suas singularidades e de modo ampliado.

Ao longo do estágio tive oportunidade de prestar cuidados especializados de enfermagem a clientes com as mais diversas patologias associadas, com diferentes dispositivos de monitorização hemodinâmica, com diferentes necessidades de cuidados. A variedade dessas experiências, a pesquisa feita e os diversos diálogos e reflexões com a enfermeira orientadora e restante equipa permitiram-me ao longo do estágio *desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*. Devido ao grau de instabilidade do cliente, um dos dispositivos que mais comumente podemos encontrar numa unidade de cuidados intensivos é o catéter arterial. Este catéter é inserido numa artéria periférica (radial, braquial, femural e pediosa) com a finalidade de avaliar continuamente a pressão arterial sistólica, a pressão arterial diastólica e a pressão arterial média, de forma a reconhecer precocemente alterações hemodinâmicas adversas, permitindo também a colheita de sangue arterial para estudo analítico. São várias as possíveis complicações associadas à presença do cateter arterial, entre as quais : hematoma, lesão nervosa,

vasoespasmos, risco de infecção, risco de trombose arterial, isquemia distal e risco de embolia (Gordon & Lopez, 2001; Morgan & Mikhail, 1999). Como tal, de forma a prevenir complicações, existem alguns cuidados que devem ser acautelados: utilizar técnica asséptica para a manipulação do sistema; desinfetar os acessos das torneiras; manter todas as torneiras fechadas e sempre que é manipulada uma torneira substituir o obturador; substituir o penso no local de inserção sempre que se encontre descolado, repassado, molhado ou quando for necessário inspeccionar o local; substituir todo o circuito, de acordo com o protocolo (que no caso específico da UCICRE é ao fim de 96 horas) e sempre que se observar a presença de sangue.

Num dos turnos da tarde que realizei, encontrava-se num dos quartos de isolamento a Sr.^a Maria (nome fictício), de 76 anos de idade, que havia sido submetida a Hemicolecomia durante a manhã e que havia começado a desenvolver um quadro de polipneia e taquicardia no final do turno. Ao avaliar a sua temperatura, verifiquei que a mesma era de 34,5°C. De imediato foi providenciado aquecimento (através de cobertores e máquina de aquecimento) e passado duas horas a cliente já se encontrava normotérmica e com os restantes parâmetros vitais estáveis. Após realizar pesquisa bibliográfica e dialogar com a enfermeira orientadora, cheguei à conclusão que a hipotermia seria um assunto interessante de abordar, desenvolvendo a competência *identifica as necessidades formativas na sua área de especialização*.

Vários estudos mostram que uma das complicações mais frequentes no pós-operatório imediato e apresentado pela maioria dos pacientes é a hipotermia. A utilização de fármacos sedativos e vasoactivos no tratamento do cliente tem influência directa sobre a termorregulação do mesmo, pois pode provocar diminuição das funções hipotalâmicas e vasoconstrição periférica respectivamente, conduzindo a novo ajuste da temperatura. Um ambiente hipotérmico, além da quebra da homeostase do meio ambiente, promove uma diminuição da humidade do ar, sendo negativo para doentes com patologias do foro respiratório, submetidos a grandes cirurgias, pacientes idosos, etc. A hipotermia pode provocar várias alterações: metabólicas, do sistema nervoso central, cardiovasculares, no sistema renal a nível de eletrólitos, do equilíbrio ácido-base, sistema gastrointestinal e do sistema de coagulação. (Cunha et al, 2003; Galvão et al, 2009; Souza et al, 2007)

A hipotermia pode ser classificada em: Hipotermia Leve (32°C a 35°C), Hipotermia Moderada (28°C a 32°C) e Hipotermia Profunda (< 28°C), com diferentes achados clínicos em cada uma. As medidas de controlo da hipotermia passam por: medir a

temperatura corporal (oral ou timpânica) na admissão do cliente; avaliar a circulação periférica; monitorizar os sinais vitais e a saturação de oxigénio; vigiar a ocorrência de tremores; retirar e aquecer roupas e cobertores húmidos e frios; iniciar medidas e métodos de aquecimento colocando cobertores no corpo do cliente; utilizar dispositivo de aquecimento para reaquecer o cliente; manter uma monitorização frequente da temperatura; aquecer perfusões em curso; evitar cuidados de higiene demorados; promover um ambiente com uma temperatura ajustada. (Cunha et al, 2003; Galvão et al,2009; Souza et al, 2007)

A equipa validou a importância do tema e reconheceu que, de forma quase que instintiva, estamos mais alertas para as consequências da hipertermia do que da hipotermia. De forma a transmitir a informação recolhida na pesquisa que realizei, elaborei e ministrei uma pequena formação, intitulada de “Hipotermia na UCI” (APÊNDICE I). Com a mesma, tive o intuito de orientar e capacitar a equipa de enfermagem quanto à importância de prevenir a hipotermia e como fazê-lo de maneira adequada e eficiente, desta forma atingindo a competência *incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização*. São medidas simples que podem ser tomadas sem custos significativos, que exigem pouco tempo da equipa e que ajudam a prevenir os efeitos adversos causados pela hipotermia.

A experiência profissional adquirida ao longo dos anos constituiu sem dúvida uma mais valia na prestação de cuidados do cliente internado em UCI em vários campos distintos. O facto de trabalhar no Bloco Operatório como enfermeiro de anestesia, proporcionou-me destreza adicional quando foi necessária, devido ao agravamento do estado clínico dum cliente, a colaboração eficaz e em tempo útil na entubação oro-traqueal, nomeadamente na preparação de material, de fármacos e respectivas diluições, *demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização*. As noções de assépsia e a experiência na administração de diferentes protocolos de terapêutica analgésica permitiram também sugestões de melhoria e o esclarecimento de dúvidas pontuais.

Na pesquisa que realizei sobre UCI, deparei-me com um tema que considerei particularmente importante na aquisição de competências de futuro enfermeiro especialista: a integração da família nos cuidados.

Por diversas vezes os cuidados prestados na UCI assumem um carácter predominantemente técnico, sendo a componente relacional deixada para segundo plano. Numa referência à categoria de enfermeiro especialista, Vieira (2008) especifica que a prestação de cuidados de enfermagem necessita de um nível aprofundado de conhecimentos e aptidões, para atuar especificamente junto da Pessoa e Família em situações de crise ou risco.

Acordar numa UCI rodeado de máquinas, tubos, ruídos e pessoas desconhecidas invoca a vulnerabilidade da pessoa. No entanto, não afecta apenas a pessoa em estado crítico – afecta também a sua família. Esta tem que lidar com um ambiente estranho, desconhecido e de acesso reservado, tem de se envolver com uma equipa multidisciplinar, com papéis na prestação de cuidados que ela desconhece, com um prognóstico incerto. (Silva et al, 2010)

Segundo Silva et al (2010) as seis principais necessidades de uma família internada numa UCI no nosso país são: necessidade de informação, necessidade de eliminar a ansiedade, necessidade de estar com o familiar, necessidade de ser útil, necessidade de apoio, e a necessidade de conforto pessoal.

Foi partindo destas necessidades identificadas em diversos estudos que se chegou ao conceito de cuidado centrado na família. Para além do processo dinâmico de cuidar dos clientes em risco de vida, o enfermeiro deve identificar as necessidades de apoio e suporte dos seus familiares. Deste modo, a responsabilidade do enfermeiro que trabalha em UCI encontra-se para lá do cuidado à pessoa a seu cargo, para lá da tecnologia que envolve o seu cuidado, devendo incluir a família e a atenção às suas necessidades. (Pryzby et al cit in Silva et al, 2010).

A integração dos familiares no plano de cuidados foi feita logo no início do internamento do cliente. Desta forma, ainda antes da primeira visita ao seu familiar, e de forma a minimizar o impacto inerente a esse momento foi fornecida à família uma ideia generalizada do equipamento, da sua utilidade e da condição do seu familiar, reduzindo o medo e a ansiedade face ao desconhecido. Foi também entregue o guia de acolhimento, no qual constavam informações sobre o serviço, horários de visita, contactos, entre outras.

Outra das estratégias que integrei na minha actuação foi no sentido de prestar aos familiares informações de forma clara e adequada às suas necessidades, tentar perceber quais os seus sentimentos, esclarecer dúvidas e encorajar, mas de uma forma honesta e

verdadeira. Constatei ao longo do tempo, que é muito importante para a família do cliente internado em UCI a notificação das alterações do estado do seu familiar em tempo útil, influenciando em muito a confiança depositada por eles nos profissionais de saúde. Após diálogo com a chefe de equipa relativamente a esta temática e com a sua autorização, foi permitida sempre que possível, a presença de mais de um familiar em simultâneo e num horário de visita mais alargado. Isto permitiu o desenvolvimento das competências *demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização e demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.*

Na área dos cuidados ao cliente crítico torna-se assim importante aceitar a família como um importante parceiro nos cuidados. A Ordem dos Enfermeiros, no estabelecimento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prevê que a integração da família no processo de cuidados garante a otimização das intervenções de Enfermagem. (2002).

Posso afirmar que o estágio na UCICRE possibilitou também a aquisição de competências na área de *gestão de cuidados na área de especialização*, uma vez que a minha enfermeira tutora era chefe de equipa, permitindo-me desta forma colaborar na gestão do serviço e na liderança da equipa.

Objectivo Específico 2 – Promover o conforto ambiental , através da sensibilização da equipa para a importância do sono e repouso do cliente na UCICRE

Os clientes internados numa unidade de cuidados intensivos são os que estão em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existentes ou potenciais. Desta forma, “o ambiente de cuidados intensivos, determinado pela alta tecnologia, é facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida, focando-se muitas vezes na tecnologia e nos tratamentos” (Urden et al, 2006). No entanto, é importante não esquecer que o nosso cuidar é dirigido à pessoa, uma assistência face às respostas humanas, às transições do evento significativo vividas pela pessoa / família, usando o conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem, desenvolvendo uma enfermagem avançada.

Desta forma, e de modo a proporcionar um cuidado holístico, minimizando o impacto de um internamento neste serviço, focalizei-me no desenvolvimento de estratégias promotoras de conforto do cliente e família em UCI. Para tal, orientei o desenvolvimento destas estratégias na perspectiva da Teoria de Conforto de Kolcaba.

O conceito de conforto tem estado presente, desde sempre, na história da enfermagem; está vinculado à origem e desenvolvimento dos cuidados da profissão. A palavra conforto é diariamente empregue nos diferentes contextos da prática, fazendo parte da linguagem comum dos enfermeiros.

No início do século passado, conforto era entendido como um objetivo imperativo da enfermagem, porque através do conforto conseguia-se a recuperação. O desenvolvimento tecnológico experienciado nos anos que se seguiram às décadas de 30, 40 e 50 provocou mudanças na enfermagem, direcionando-a para as técnicas, tarefas e cuidado físico em detrimento do conforto do cliente. Contudo, este conceito continuou a ser desenvolvido a partir da segunda metade do século XX e diversas autores contribuíram para a percepção deste conceito como nobre e como um dos principais objetivos dos cuidados. Watson considerou o ambiente em que o cliente está inserido de extrema importância para o seu bem-estar pelo que advogou que as enfermeiras proporcionavam conforto por meio de intervenções ambientais. Peplau considerou o conforto como uma unidade básica do cuidar (Tomey et al, 2002).

Segundo Watson cit in Sousa (2014), o conforto é promovido através das intervenções de enfermagem e confortar constitui um factor de cuidado.

Kolcaba define conforto como uma condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto, uma experiência imediata e holística de satisfação das necessidades dos três tipos de conforto, nos quatro contextos da experiência (Tomey et al, 2002).

Segundo Tomey et al (2002), Kolcaba conclui que os tipos de conforto são definidos como: alívio, sendo a condição da pessoa que vê satisfeita uma necessidade específica; tranquilidade, entendida como o estado de calma ou contentamento; transcendência, condição na qual a pessoa ultrapassa os seus problemas ou sofrimento.

Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos nos quais podem ser experimentados: contexto físico, referente às sensações corporais; contexto psicoespiritual, respeitante à consciência de si, incluindo autoestima, autoconceito e

sentido de vida; contexto sociocultural, relativo a relações interpessoais e familiares; contexto ambiental, referente ao meio, condições e influências externas (Apóstolo, 2009). Na sua teoria Kolcaba defende o conforto holístico como resultado dos cuidados de enfermagem.

Fazendo uma introspecção dos cuidados que prestamos no dia-a-dia numa UCI, o conforto associado ao contexto físico é o mais valorizado, aspecto que se deve, em parte, à particularidade que envolve o cuidado ao cliente em situação crítica. Por outro lado, o cuidado de conforto ao nível do contexto ambiental é talvez aquele que é mais “esquecido” ou descurado, mais uma vez devido às vicissitudes da própria unidade, mas sobre o qual podemos ter algumas atitudes simples mas muito importantes, capazes de promover o conforto do cliente.

Kolcaba cit in Sousa (2014) salienta a importância das condições ambientais para o conforto do doente, salientando que o ambiente da sala/enfermaria inclui tudo o que pode ser manipulado pelos enfermeiros, evidenciando-se como promotor de conforto.

Segundo Phaneuf cit in Sousa (2014) a necessidade de manter um ambiente sossegado parece estar relacionada com a necessidade de dormir e descansar. Segundo a mesma autora, a qualidade do sono é perturbada com a idade e as alterações mais frequentes nos idosos são o aumento do número de interrupções durante o sono e a sua duração.

Após alguma pesquisa, identifiquei juntamente com a enfermeira orientadora e a restante equipa, a necessidade de actuação e oportunidade de melhoria na área do conforto ambiental, mais especificamente no sono e repouso do cliente internado na UCI.

A UCICRE, tal como qualquer unidade de cuidados intensivos, tem por vezes um ambiente ruidoso, com vários alarmes provenientes de ventiladores e seringas infusoras, entrada e saída de doentes, visitas médicas entre outros, que não proporciona ao cliente o conforto ambiental necessário para um sono tranquilo e rejuvenescedor. Tembo (2009) afirma que o sono “é uma necessidade física primordial do ser humano para uma boa saúde e uma vida saudável, na qual há uma restauração física que protege o homem do desgaste natural das horas acordadas”. Segundo Bitencourt (2007), “existe uma grande percentagem de doentes internados em unidades de cuidados intensivos que sofre de perturbações de sono, sendo esta uma das principais queixas manifestadas pelos próprios doentes”. Segundo Talwar (2008), a privação de sono em doentes internados em cuidados intensivos é extremamente comum.

A privação de sono, constitui um dos principais fatores que afeta o processo de recuperação nos clientes internados em unidades de cuidados intensivos, aumentando muitas vezes a morbidade e mortalidade dos doentes internados (Eliassen, 2011).

Os primeiros estudos na literatura de enfermagem sobre a dificuldade em dormir numa UCI têm quase 40 anos. Este não é um problema novo, mas sim um problema persistente.

O sono a nível hospitalar é mais pobre comparativamente com o sono de casa e as perturbações do sono são mais stressantes. Verificam-se taxas de 22% de privação do sono para clientes internados em enfermarias e de 61% em clientes de UCI (Tamburri, 2004).

Um estudo realizado por Honkus (2003) revelou que os clientes demoram muito tempo a adormecer e o sono fica apenas nos estadios I e II do sono NREM. Desta forma concluímos que os clientes em UCI não atingem os estadios de sono mais profundos, não tendo um sono de qualidade e reparador. O mesmo estudo concluiu que doentes internados em unidades gastam 40 a 50% do tempo total de sono em despertares constantes, ficando apenas 3 a 4% para um sono perfeitamente reparador.

Segundo Boyko et al (2012) “um sono de qualidade é extremamente importante para doentes críticos. A falta de sono nestes doentes está relacionada com uma resposta imune deficitária, desenvolvimento de delirium, um maior tempo de internamento na UCI e um aumento na mortalidade”.

Para agravar a situação, as alterações de sono que alguns clientes já tinham no domicílio eram exponenciadas no internamento. (Sanz, 2012)

Da pesquisa bibliográfica feita, pude concluir que factores ambientais como o ruído, a iluminação e os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, nomeadamente de enfermagem são referidos como sendo dos mais perturbadores do sono. Outros factores representam também uma grande importância na qualidade de sono, tais como factores emocionais, dor, ventilação mecânica e medicação.

Segundo Xie et al (2009) cerca de 57% dos despertares dos clientes em UCI são devidos ao ruído. As guidelines da Organização Mundial de Saúde (OMS) para níveis de ruído no hospital indicam-nos que este não deve exceder os 40 dB durante a noite. (Lawson et al, 2012). O que acontece na realidade é que os níveis de ruído nas UCI são mais elevados que o recomendado, tal como evidenciado por Petterson (2000) e Freedman et al (2001).

Tembo (2009) verificou que o ruído era anunciado pelos clientes como a causa mais comum de perturbação do sono, nomeadamente o som dos alarmes, monitores, ventiladores e outros equipamentos, assim como o ruído dos profissionais a falarem.

Para além do ruído, a luminosidade intensa foi outro dos factores identificados que mais stress provocava nos clientes, afectando a qualidade de sono. (Proença, 2011)

Um estudo realizado por Elliott (2013), concluiu que apesar dos níveis de iluminação estarem adequados à noite, durante o dia a iluminação não era suficiente para manter um ritmo circadiano normal. Desta forma os clientes mantinham níveis de melatonina elevados durante o dia o que contribuía para a necessidade de fazerem períodos de sono durante o dia.

A qualidade do sono e repouso do cliente internado em UCI é também muito influenciado por factores emocionais. Segundo Proença (2011) sentimentos de angústia, causados pelo medo da morte e pela incerteza do que vai acontecer foram os mais apontados pelos doentes que já tinham tido internamentos numa UCI. Um outro autor afirma que as emoções vivenciadas durante o dia tais como as saudades dos familiares, preocupações com os mesmos e incertezas em relação ao seu futuro podem influenciar a qualidade do sono (Costa, 2013).

Vários estudos a nível hospitalar tais como os de Silva (2011) e Costa (2013) apontam também a dor como perturbadora da qualidade de sono.

Outro aspecto a ter em consideração como influenciador da qualidade do sono é a ventilação mecânica, devido a vários factores que lhe são associados: o desconforto provocado pelo tubo endotraqueal, um maior stress relacionado com a incapacidade de comunicar e por diversas vezes a dessincronização com o ventilador, relacionada com a modalidade ventilatória.

A medicação mais comumente utilizada na UCI apresenta-se também como um dos factores que pode influenciar negativamente o sono e repouso do cliente. Segundo Bourne & Mills (2004) algumas das combinações de sedação e analgesia usadas para facilitar a ventilação mecânica, estão entre as que mais influenciam negativamente o sono.

O propofol e as benzodiazepinas aumentam o tempo total de sono, mas diminuem os estadios de ondas delta e REM do sono (Trompeo et al, 2011). Segundo Frisk et al (2004), as benzodiazepinas e a clonidina foram implicadas na abolição do ciclo circadiano e da

secreção de melatonina. A morfina é referida como estimuladora da libertação de melatonina. Mas paradoxalmente os opióides diminuem o tempo total de sono e os estádios de sono mais profundos (Bourne & Mills, 2004). O Haloperidol por um lado aumenta o tempo total de sono e o sono de ondas delta, mas por outro diminui a sua latência. As drogas vasoactivas (noradrenalina), agentes inotrópicos (dopamina), amiodarona e corticosteróides são também já bem conhecidos por causar distúrbios do sono. (Pandharipande et al, 2006)

Da mesma forma, deve também ser tida em consideração o consumo de drogas (tais como cannabis, álcool ou amfetaminas) antes do internamento, uma vez que pode levar a síndromes de abstinência.

Em suma, um estado de sono induzido farmacologicamente pode à primeira impressão parecer um estado natural de sono, mas não vai providenciar os mesmos benefícios fisiológicos do sono verdadeiro (Delves, 2009).

Desta forma, e tendo em conta todos os factores que influenciam o sono do cliente internado numa UCI, torna-se fundamental a avaliação do seu padrão de sono, a implementação de estratégias que previnam a alteração desse padrão, a criação de um ambiente facilitador do sono e a implementação de medidas promotoras do sono e repouso.

De forma a promover o sono e repouso do cliente internado em UCI, são propostas por diversos autores medidas como: controlo de estímulos, uso de tampões auditivos, alívio da ansiedade, evitar interrupções desnecessárias, promoção do conforto, assegurar a sincronia com ventilação mecânica, alívio da dor, minimizar o uso de fármacos inibidores do sono e a criação de períodos de repouso. (Dennis et al, 2010; Eliot et al, 2011; Scotto et al, 2009).

A criação de períodos de repouso pareceu-me uma medida particularmente interessante. Para a criação destes períodos, dependendo das características inerentes ao tipo de unidade, era definido um (ou mais) período(s) durante o dia, noite, ou ambos, na qual eram tomadas determinadas atitudes e intervenções pré-estabelecidas, de forma a promover o sono do cliente.

Segundo Huster et al (2012) e Mostaghimi et al (2009), as intervenções a adoptar nesses períodos de repouso são: o ensino à família sobre o período de repouso na admissão,

explicitando as atitudes a tomar e as finalidades do mesmo; ensino ao cliente no início de cada período de repouso, explicando o objectivo e a sua importância; sinalizar o período de repouso na entrada da UCI; redução da iluminação; ajuste dos alarmes, adequando os limites aos parâmetros do cliente; diminuir o volume dos telefones; tirar o som aos telemóveis; desligar a televisão; remarcar procedimentos não urgentes; promover o conforto físico do cliente (posicionamento, sede, etc); avaliar sincronia com a ventilação mecânica; providenciar analgesia se necessário; antecipar a mudança de soros e seringas, evitando alarmes desnecessários; reduzir as intervenções de enfermagem ao estritamente necessário.

Existem já vários exemplos onde podemos validar a importância da implementação destes períodos na qualidade de sono dos clientes. Na implementação de dois períodos de repouso (um diurno, das 14:00 às 16:00 e um nocturno, das 0:00 às 02:00) numa UCI centro de trauma nível 1 de Seattle, algumas das barreiras encontradas foram: a resistência do staff ao conceito, preocupações relativamente à limitação dos cuidados durante o período de repouso e a comunicação do processo à equipa multidisciplinar. No entanto, num questionário após a implementação destes períodos de repouso, dos 38 membros do staff, 100% considerou ser benéfico para os pacientes e para eles próprios (devido à redução do stress) e houve um aumento de 20% da satisfação relacionada com os níveis de ruído por parte dos familiares dos clientes internados. Foi também efectuada uma monitorização sonora que revelou a redução do ruído de 10 dB durante o período de repouso. (Huster et al, 2012)

Na implementação de um período de repouso entre as 14:00 e as 16:00 numa UCI no Duke University Hospital em Durham, as famílias foram encorajadas a usar esse tempo para refeições, tempo pessoal e descansar enquanto que o staff foi encorajado a usar esse tempo para documentação, pausas para alimentação, pesquisa e formação contínua. Num questionário aplicado após a implementação deste período de repouso, 100% do staff afirmou ser uma mais valia na prestação de melhores cuidados num ambiente controlado e 85% dos familiares aprovou o plano como sendo benéfico (Mostaghimi et al, 2009).

Depois de reunida toda a informação, era importante encontrar a melhor forma de divulgação, de maneira a que esta se reflecta na melhoria dos cuidados ao cliente internado em UCI. Assim, e no sentido de promoção de um dos enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) – a organização dos cuidados de enfermagem, no qual se salienta a existência de uma política de formação

contínua, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade – planeei, elaborei e implementei uma acção de formação, dirigida a toda a equipa multidisciplinar da unidade, com o tema “Sono e Repouso na UCI” (APÊNDICE II). Com a realização desta formação, considero ter desenvolvido as competências *participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização e promove a formação em serviço na sua área de especialização*. A esta formação compareceram enfermeiros do serviço, a médica de turno e auxiliares de acção médica. Na mesma abordei a importância desta temática para o cliente para a família e para a própria equipa, bem como as minhas propostas de optimização de cuidados.

Como complemento à formação, foram elaborados e entregues seis panfletos para colocar junto ao processo de cada cliente internado na UCICRE, intitulados de “Período de Repouso” (APÊNDICE III). Estes panfletos foram criados com o intuito de servir como orientação, assemelhando-se a uma checklist, contendo alguns aspectos a ter em conta de forma a proporcionar um sono de qualidade ao cliente em estado crítico. Apesar de sentir alguma frustração por verificar que compareceram à formação menos elementos que o esperado e desejado, senti que dei o meu contributo, pois foi discutida a possibilidade do panfleto e do trabalho serem o ponto de partida para a criação de um protocolo de implementação de períodos de repouso. Ao atingir com sucesso o objectivo da promoção do conforto ambiental, sensibilizando a equipa para a importância do sono e repouso do cliente, desenvolvi também as competências *reflecte na e sobre a prática, de forma crítica e aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de especialização*.

Alguns meses após ter terminado o meu estágio nesta unidade, foi com grande satisfação que verifiquei que foi atribuída pela equipa da UCICRE grande importância relativamente a esta temática, uma vez que neste momento se encontra em desenvolvimento um projecto no serviço denominado “Sono e Repouso na UCICRE”. Foi-me pedida colaboração por parte da enfermeira chefe e dos elementos que se encontram envolvidos neste projecto. Neste sentido, no dia 15 de Dezembro de 2014 às 14:00, foi feita, no âmbito da Partilha de Boas Práticas da Direcção de Enfermagem desta instituição, a apresentação deste projecto. Esta apresentação decorreu no auditório para cerca de 50 profissionais de saúde, entre Direcção de Enfermagem, enfermeiros e médicos, e coube-me a mim a apresentação teórica do tema, dentro da pesquisa bibliográfica que tinha realizado. Desta forma e mesmo após o término do estágio, dei continuidade ao desenvolvimento das

competências comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas e comunica aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

2.2 MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL (SUG)

O SUG do hospital onde realizei o ensino clínico é uma urgência polivalente, dotada de recursos humanos, materiais e clínicos que dão resposta de nível diferenciado a situações de urgência /emergência. Este serviço tem como missão prestar cuidados médicos urgentes a cerca de 300 000 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. Encontra-se localizada no edifício central do hospital e está dividido por sectores de actuação para atendimento dos doentes segundo o grau de prioridade – prioridade essa atribuída por um sistema triagem de prioridades - o Sistema de Triagem de Manchester, sistema implementado neste hospital desde 2003.

Este sistema de triagem pretende, de forma objectiva e sistematizada, identificar critérios de gravidade, de forma a indicar a prioridade clínica de atendimento e o respectivo tempo de espera expectável, através da atribuição de uma cor. Existem cinco cores: vermelho – emergente (atendimento imediato); laranja - muito urgente (10-15 min); amarelo – urgente (até uma hora); verde - pouco urgente (2 horas); azul - não urgente (até 4 horas). Após efectuar a inscrição na admissão de utentes, o cliente é encaminhado para o gabinete de triagem, onde é atendido por um Enfermeiro, que após algumas perguntas e observação que se pretende que seja rápida e objectiva, atribui uma pulseira de cor e encaminha o cliente para os diferentes sectores de atendimento, consoante o seu grau de prioridade.

Para os clientes que necessitam de cuidados muito urgentes ou emergentes, o serviço possui duas salas de reanimação, com capacidade de três doentes (dois numa sala e um noutra). Estas encontram-se equipadas com meios de diagnóstico, monitorização, cinco ventiladores (sendo que dois deles são portáteis, para o transporte do cliente com necessidade de ventilação invasiva), tendo assim todos os meios necessários para a abordagem ao doente crítico. Nestas salas (salas de reanimação 1 e 2), os clientes são estabilizados e avaliados clinicamente pelas diferentes especialidades médicas.

O SO tem um total de 16 camas equipadas com sistemas para monitorização e vigilância de doentes. As camas encontram-se em “U” de forma a permitir uma observação directa dos clientes por parte dos profissionais que se encontram a trabalhar no SO. Este espaço por diversas vezes revelava-se “pequeno” e havia a necessidade de recorrer a macas, pondo em causa a segurança e a privacidade do cliente.

A equipa de enfermagem é composta por 4 equipas de 18 enfermeiros, um dos quais assume a chefia da equipa, sendo também responsável pela supervisão dos Assistentes Operacionais. Ao SO são distribuídos quatro enfermeiros, sendo que um assume a chefia deste sector. Em cada sala de reanimação é destacado um enfermeiro, sendo a restante equipa distribuída pelos outros sectores (sala de aerossóis, sala de tratamentos 1, 2 e 3, etc).

Após o diálogo com a enfermeira orientadora e após a realização de alguns turnos de forma a identificar as necessidades e/ou oportunidades de melhoria, minhas e do serviço, foi definido como objectivo geral: desenvolver competências éticas, técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais na prestação de cuidados especializados ao cliente em situação de urgência/ emergência e respetiva família, no serviço de urgência geral. Foram também definidos os seguintes objectivos específicos:

- 1) Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente em situação crítica e respetiva família no serviço de urgência geral;
- 2) Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da promoção do conforto ambiental e sensibilização da equipa para a importância do sono e repouso do cliente com TCE.

Objectivo específico 1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente em situação crítica e respetiva família no serviço de urgência geral

Algo que me despertou atenção, foi o facto de neste momento existirem apenas 4 equipas de enfermagem, sendo cada uma constituída por 18 enfermeiros, quando há apenas um ou dois anos atrás existiam 5 equipas. Em termos práticos, traduz-se num grande número de turnos realizados por mês por cada enfermeiro, com um número reduzido de folgas. Havia inclusivamente uma área destinada aos clientes triados com pulseira azul e verde, que se encontrava fechada, sendo estes clientes encaminhados para a área dos clientes triados

com pulseira amarela. Pude constatar também que havia neste serviço uma folha no qual os enfermeiros poderiam inscrever-se para realizar turnos extraordinários, para colmatar lugares em falta. A estes turnos extraordinários podiam inscrever-se não só enfermeiros do serviço de urgência, mas também enfermeiros dos restantes serviços do hospital, não sendo requerida qualquer tipo de experiência em serviço de urgências. Com o intuito de *manter de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional*, pesquisei e reflecti nesta área.

As questões que se relacionam com o número ideal de profissionais para efectuar determinado(s) acto(s) têm vindo a aumentar e têm sido objecto de investigação. Essa investigação tem demonstrado que o nível das dotações tem um impacto nos resultados dos clientes, bem como na mortalidade. Segundo o International Council of Nurses (ICN) no documento *Dotações Seguras Salvam Vidas* (2006, p.2), “não há um consenso generalizado na literatura relativamente ao significado das dotações seguras e poucas definições se adequam a todos os ambientes internacionais. No entanto, os autores reconhecem efectivamente que grande parte das dotações seguras se relacionam com a situação dos cuidados e que há elementos que incluem a existência de números adequados de pessoal para ir de encontro à complexidade das necessidades dos clientes num determinado espectro de ambientes”.

Vários autores aperceberam-se que as dotações, para além das quantidades, incluem também outras variáveis que vão afectar a prestação de cuidados seguros, tais como a carga laboral, ambiente de trabalho, complexidade dos clientes, nível de qualificação dos enfermeiros, combinação do pessoal de saúde, eficiência e eficácia em termos de custos e ligação aos resultados dos clientes e de enfermagem, tal como é referido no mesmo documento elaborado pelo ICN (2006).

Vários estudos realizados sugerem que quanto mais elevado o estatuto educacional e profissional dos enfermeiros, melhores os resultados dos clientes. Por exemplo, Person et al (2004) verificaram que os clientes com enfarte agudo do miocárdio tinham uma menor probabilidade de morrer em hospitais com níveis elevados de enfermeiros; um estudo retrospectivo de grandes dimensões (Tourangeau et al, 2002) conduzido no Canadá em clientes diagnosticados com enfarte agudo do miocárdio, AVC, pneumonia e septicémia verificou uma menor taxa de mortalidade aos 30 dias associada a uma combinação de aptidões com maior proporção de enfermeiros e mais anos de experiência numa unidade clínica. (ICN, 2007,p.23).

Sendo hoje reconhecida por organizações internacionais como a OMS e o ICN a necessidade de implementar sistemas de qualidade de forma a promover uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros determinou os enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a seguir no exercício profissional da enfermagem. Neste mesmo documento é afirmado que cabe às instituições de saúde “adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2001). O primeiro enunciado descritivo da qualidade deste documento – a satisfação do cliente – fica claramente afectado por uma deficiente dotação de enfermagem, tal como é verificado num resumo da literatura efectuado pelo Sindicato da Federação Canadiana de Enfermeiros, no qual se verificou que a satisfação dos clientes diminuía com dotações reduzidas de enfermeiros. (ICN,2006, p.11)

Outro factor a ter em grande consideração nesta temática, para além da segurança do cliente, é a segurança de quem está a prestar os cuidados, o enfermeiro. Um estudo efectuado no Reino Unido por Sheward et al (2005) verificou que os rácios elevados cliente/enfermeiro estavam associados a um risco aumentado de exaustão emocional, insatisfação profissional, síndrome de burnout, tendendo também a ter um maior absentismo e pior saúde. (ICN, 2006, p.13). Dentro deste contexto, é interessante salientar que o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no Artigo 75, nº 2, C, refere que os enfermeiros têm o direito de “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade”. Pela minha experiência posso afirmar sem sombra de dúvida que, nos momentos em que vemos que as dotações de enfermeiros não se enquadram com as necessidades dos cuidados a ser prestados, os enfermeiros sentem-se responsáveis e chegam mesmo a culpabilizar-se pelos cuidados que querem prestar e não conseguem, levando a um aumento de stress, frustração e insegurança.

Desta forma, penso ser muito importante incentivar as equipas a efectuar os registos de uma forma ainda mais rigorosa e completa, de forma a reproduzir um retrato mais fiel da realidade. Assim poderemos demonstrar que para além de ganhos qualitativos na saúde das pessoas e nos cuidados prestados, haverão também ganhos económicos a longo prazo. É exigido por parte de quem gere as equipas de enfermagem uma responsabilidade e sensibilidade acrescida. Essa responsabilidade no entanto não termina em quem gere, sendo primordial a participação de quem presta os cuidados, de quem vê e sente

diariamente, em si e nos seus clientes, as consequências de dotações inadequadas. De forma a *promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros* e com o objectivo de *zelar pelos cuidados prestados na minha área de especialização*, esta foi uma visão e atitude que tentei demonstrar e inculcar nos enfermeiros que trabalham diariamente para prestar os melhores cuidados, incentivando os registos completos e fidedignos, bem como a notificação de eventos adversos. Podemos definir evento adverso como “dano ou prejuízo causado pela gestão da doença ou condição de um cliente por profissionais de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Foi também fornecida a documentação de referência encontrada na minha pesquisa.

Considerando a importância desta matéria, em 2011 a Ordem dos Enfermeiros divulgou o «Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência», documento que se revelou insuficiente como instrumento regulador. Nesse sentido, o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros optou por transformá-lo em norma, a qual foi aprovada em Assembleia Geral, a 30 de maio de 2014. Seis meses depois, e já após ter terminado o meu estágio neste SUG, a 02/12/2014 esta matéria foi regulamentada e publicada em Diário da República (Regulamento nº 533/2014). Com isto, a Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros e os enfermeiros gestores ficam munidos de um instrumento que define as horas de cuidados necessárias em função dos contextos de prestação e natureza dos serviços de saúde, para exigir que os conselhos de administração possuam recursos humanos adequados aos serviços, tendo sempre como objectivo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao cidadão.

No SO permanecem clientes que após estabilização, são transferidos para os serviços de internamento, unidades de cuidados intensivos, para outro hospital ou que aguardam ida ao bloco operatório. Pude constatar que a grande parte dos clientes que foram encaminhados para o bloco operatório, não lhes era explicado o procedimento que iriam realizar, bem como os benefícios e riscos decorrentes dessa intervenção.

O respeito, promoção e protecção da autonomia centra-se na oportunidade dada ao cliente de optar entre várias alternativas de tratamento, após uma informação clara e adequada às suas competências, podendo a qualquer momento revogar o consentimento dado. Qualquer profissional de saúde assume o compromisso da protecção da pessoa, e os enfermeiros não são excepção. O consentimento informado, na sua base ética e legal, é um princípio fundamental, um pilar sobre o qual deve assentar a relação enfermeiro-

cliente, sempre procurando defender a liberdade e a dignidade tanto do profissional como do cliente. Os profissionais de saúde estão, hoje, cada vez mais receptivos à noção e valor da participação informada dos clientes na tomada de decisões. Independentemente das razões, tornou-se imperativo que os profissionais de saúde estejam conscientes dos aspectos éticos, morais e legais inerentes ao conceito de Consentimento Informado.

Serrão (1998) afirma que o cliente "...dá um consentimento informado se for competente para agir, se receber informação completa, se compreender essa mesma informação, se decidir voluntariamente e, finalmente, se consentir a informação" Assim, são 5 os elementos que são as bases da construção de um consentimento informado considerado válido: competência, comunicação, compreensão, voluntariedade e consentimento.

Este é um processo que deve ser dinâmico e fundado na criação de um clima de abertura, diálogo e respeito, entre o cliente e o profissional de saúde. O consentimento livre e esclarecido não deve ser visto como um mero instrumento burocrático ou exigência legal, mas antes a regra ética no relacionamento entre o cliente e o profissional, ambos seres humanos com iguais direitos e deveres (Marques, 2002).

Pude constatar que a equipa de enfermagem tinha noção da dimensão ética do consentimento e da sua importância para a prestação de melhores cuidados de saúde, mas que havia algumas dúvidas relativamente ao enquadramento legal do mesmo. Nesse sentido, fiz uma pesquisa bibliográfica sobre o tema.

Em diferentes momentos e com diferentes modulações, a grande maioria dos países consagraram na sua Lei Fundamental (Constituição ou qualquer outra que seja a designação) o direito dos seus cidadãos à autonomia, autodeterminação e liberdade individual, que subjaz e justifica o direito do indivíduo doente à autonomia, à informação e à livre decisão em aspectos que se relacionem com o seu próprio corpo (Marques, 2002).

Em Portugal, o consentimento para cuidados de saúde encontra-se regulado em duas leis que interessa analisar com um olhar mais atento: a Convenção Sobre os Direitos de Homem e a Biomedicina – ratificada para o direito interno português pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro – e o Código Penal, especificamente os artigos 150º, 156º e 157º. (Deodato, 2012). De salientar que este regime jurídico decorre do direito consagrado na alínea b) do nº1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de

Novembro, no qual refere que os utentes têm direito a “decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei”.

Da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, as normas relativas ao consentimento em saúde encontram-se no Capítulo II, dos artigos 5º até ao 9º. No artigo 5º é consagrado o regime jurídico geral para o consentimento em saúde. A regra é a de que, qualquer cuidado de saúde que seja prestado necessita do consentimento da pessoa que vai receber os cuidados, cabendo assim a cada um, decidir de forma autónoma e livre, os cuidados de saúde que quer receber. É de salientar a substituição da expressão anteriormente utilizada, “consentimento informado”, pela expressão “consentimento livre e esclarecido”, a qual pressupõe que o profissional de saúde, para além da transmissão de informação, deva garantir que haja validação e compreensão da informação que foi transmitida. Neste artigo são descritos quatro requisitos que a informação a transmitir deve conter: o objectivo da intervenção, a sua natureza, as consequências e por fim os riscos inerentes ao acto que se vai realizar. Esta norma prevê ainda que a pessoa a quem estão a ser prestados os cuidados possa, a qualquer momento e de qualquer forma, mudar a sua decisão sobre o consentimento dado. Não é especificada nenhuma regra ou sequer feita nenhuma referência quanto à forma para o consentimento. Desta forma devemos recorrer ao artigo 219º do Código Civil, que estabelece o regime geral da forma da declaração negocial. Assim, o consentimento em saúde deve ser considerado válido seja qual for a forma - escrita, verbal ou mesmo gestual se a pessoa se encontrar impossibilitada de falar. É referido nesta norma do Código Civil que os casos em que é exigida a forma escrita, deverá estar determinada por lei. A exigência legal de forma escrita é feita nos seguintes casos: intervenções em saúde mental (electroconvulsivoterapia e intervenções psicocirúrgicas); técnicas de procriação medicamente assistida; participação em ensaios clínicos; realização de testes genéticos; esterilização voluntária como método de planeamento familiar; interrupção voluntária da gravidez; doação de órgãos em vida. Esta regra estabelece ainda de forma clara que o consentimento é dado pela pessoa que vai receber os cuidados e não por terceiros, como por exemplo os familiares. As excepções a esta regra são reguladas no artigo 6º (Deodato, 2012).

No artigo 6º são definidas as regras essenciais para a obtenção do consentimento em menores e adultos com alteração da consciência. No nº1 é definido o critério geral para a realização de intervenções de saúde sem consentimento pelo próprio – o “benefício

directo”. Neste caso, compete ao profissional de saúde que vai prestar os cuidados, agir no sentido da promoção do benefício da pessoa. Não devem ser assim chamados ao consentimento terceiros, nomeadamente familiares, excepto nos casos de representação legal estabelecidos na lei. O nº 2 vem introduzir ao critério já existente, mais dois critérios de decisão para o caso de menores: a autorização do representante legal e a opinião do menor. O nº3 diz respeito aos maiores que estejam impossibilitados de consentir uma intervenção, por alteração crónica ou aguda do estado de consciência. Neste caso, ao requisito do nº1 deste artigo acresce, tal como nos menores, a autorização do representante legal e a opinião da pessoa em causa, na medida das suas capacidades. O nº 4 define que seja prestada toda a informação à pessoa que presta a autorização e consentimento em representação de outrem. O nº 5 estabelece a possibilidade de revogação da autorização dada pelo representante legal do menor ou maior incapaz, podendo a mesma ser retirada em qualquer momento (Deodato, 2012).

O artigo 7º consagra o direito ao consentimento para as pessoas com doença mental grave, direito igualmente previsto na alínea c) do nº1 do artigo 5º da Lei de Saúde Mental. O artigo 8º garante a prestação de cuidados de saúde quando a pessoa não se encontra consciente, especificando as situações de urgência. Esta excepção abrange também as pessoas com doença mental. O artigo 9º prevê que deve ser tida em consideração a vontade anteriormente manifestada. É assim da responsabilidade de quem vai prestar os cuidados, de recolher toda a informação, apurando as vontades manifestadas anteriormente e tê-las em conta na decisão final de prestar ou não a intervenção (Deodato, 2012).

Do Código Penal, interessa analisar os artigos 150º, 156º e 157º, que criminalizam as práticas de cuidados de saúde não consentidas pela própria pessoa. O artigo 150º define como crime de ofensa à integridade física a intervenção de saúde que não seja realizada de acordo com as melhores práticas e conhecimento científico atualizado, e que coloque em perigo a vida, o corpo, ou a saúde de uma pessoa. O artigo 156º determina que as intervenções de saúde são consideradas crime contra a liberdade pessoal, se não for obtido o consentimento, determinando também as excepções: situações de urgência e situações em que o plano terapêutico foi alterado e não é possível obter o consentimento para as novas intervenções. Tipifica como crime as situações em que o profissional aja com negligência grosseira. Define também que para haver lugar a responsabilidade criminal, é necessário haver queixa. O artigo 157º estabelece o dever de informar do profissional

de saúde, de modo a obter o consentimento, tal como se encontra também prescrito nos códigos deontológicos destes profissionais. Define ainda a dispensa do dever de informar, sempre que a informação possa ser prejudicial à pessoa. (Deodato, 2012)

É importante referir que, de acordo com o art. 84º do Código Deontológico “os enfermeiros têm o dever de informar e de obter consentimento para a realização de intervenções de enfermagem, sendo que as pessoas têm direito a aceder à informação, num formato apropriado e ao nível da sua própria escolha, que lhes permite participar activamente de modo informado, em decisões sobre a sua saúde”. Assim, agir contra a vontade expressa de um cliente consciente, esclarecido e competente para decidir é violar as *leges artis* e as regras da deontologia profissional.

De forma a dar o meu contributo à equipa, elaborei um panfleto onde abordei o enquadramento jurídico do consentimento informado em Portugal, com uma breve análise do que é referido em cada artigo (APÊNDICE IV). Compilei também estes artigos para que possam ser consultados, não só pela equipa de enfermagem mas por toda a equipa multidisciplinar. Foi para mim bastante satisfatório ver que por diversas vezes se gerou alguma “discussão” relativamente à importância do consentimento informado e à sua aplicabilidade em contexto de urgência, à medida que os profissionais se deparavam com os panfletos e os artigos referentes a este tema. Foi assim gerado um ambiente de reflexão relativamente a um tema que diversas vezes é subvalorizado neste contexto, mas que se reveste de grande importância na procura pela excelência do cuidado. Foram assim atingidas as competências *demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização e demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização.*

Ao longo do estágio, tive também a oportunidade de intervir e prestar cuidados especializados a clientes com várias patologias associadas e em situações de urgência e emergência, nomeadamente clientes com enfarte agudo do miocárdio, com supra e infra desnivelamento do segmento ST, clientes com traumatismo crânio-encefálico, clientes vítimas de acidente vascular cerebral, clientes politraumatizados, entre outros. Na sala de reanimação, perante doentes instáveis, tornou-se fundamental o desenvolvimento da *capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.* Na variedade de situações vividas e sobre as quais *refleti de forma*

crítica, de forma a melhorar o meu desempenho, *desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente em estado crítico*.

Objectivo específico 2 – Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da promoção do conforto ambiental e sensibilização da equipa para a importância do sono e repouso do cliente com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE)

No estágio que realizei anteriormente (na UCICRE), um dos temas que abordei e tentei desenvolver, foi a importância do sono e repouso do cliente em estado crítico. Por este motivo, tinha uma especial atenção a este factor, que tal como está descrito na literatura, é fundamental para o conforto, bem estar e recuperação do cliente.

Algo que me apercebi logo nos primeiros turnos foi que, pelo facto de ser um serviço com grande afluência e pelas características inerentes ao próprio serviço, o sono e repouso dos clientes não poderia ser uma das prioridades e que seria de difícil “controle”. No entanto, após realizar alguns turnos em SO e após reflexão com a enfermeira orientadora, fiquei com a perfeita noção que, apesar de todas as limitações inerentes ao serviço, uma melhoria poderia ser introduzida na qualidade dos cuidados prestados aos clientes, particularmente aos que ficam internados em SO. Desta forma, efectuei pesquisa sobre a relação específica do sono e repouso com algumas patologias que são mais frequentes no SO e que requerem um maior tempo de permanência no mesmo. Procurei desta forma *tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização*. De todas, o TCE é das patologias que requer que o cliente permaneça mais tempo em observação (no mínimo 24 horas, tempo que teria que aguardar até efectuar a 2ª TAC). Efectivamente, a pesquisa de artigos científicos revelou-me que um problema muito comum e muito significativo nos clientes com traumatismo craneo-encefálico são os distúrbios do sono. Vários estudos indicam prevalências com um intervalo entre 30 a 70% de clientes com distúrbios do sono após TCE. Estes distúrbios podem ocorrer no período imediatamente a seguir ao traumatismo e representam um grande impacto no cliente, podendo exacerbar sintomas clínicos e prolongar o tempo de reabilitação. (De la Rue et al, 2013).

Um dos primeiros passos a dar é a identificação da efectiva alteração do sono e repouso dos clientes com TCE. Por diversas vezes os profissionais de saúde concentram-se em

problemas mais evidentes relacionados com a lesão ou a queda, falhando em identificar alterações do sono nestes clientes. Este é um aspecto particularmente importante, uma vez que o sono é um dos componentes vitais na recuperação. (Weber et al, 2013).

Assim, de modo a otimizar a reabilitação e a melhorar os resultados funcionais do cliente com TCE, torna-se imperativa a implementação de guidelines clínicas baseadas na evidência. Essas guidelines têm por base dois pontos fundamentais: por um lado, providenciar um ambiente favorável ao sono e repouso do cliente, na qual é importante por parte dos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar a adopção de estratégias farmacológicas e não farmacológicas; por outro, ajudar o cliente a aprender e a implementar ele próprio estratégias não farmacológicas.

Da pesquisa realizada e tendo em conta a dinâmica e limitações do SO, saliento as seguintes intervenções como promotoras do sono e repouso do cliente vítima de TCE: informar o cliente da hora de dormir; reduzir a iluminação, fechar as cortinas; ajustar os alarmes - reduzir o volume e adequar os limites aos parâmetros do cliente; diminuir o volume dos telefones e silenciar os telemóveis; incentivar a higiene oral e facial antes de dormir; promover o conforto físico do cliente: posicionamento, hidratação, temperatura; ensinar e reforçar técnicas de relaxamento - ex: relaxamento muscular progressivo; aplicar técnicas terapêuticas comportamentais cognitivas; administrar analgesia antecipadamente, se necessário, e em SOS; minimizar interrupções durante a noite, remarcando procedimentos não urgentes e reduzindo as intervenções de enfermagem ao estritamente necessário; registar o padrão de sono; acordar o cliente de manhã, abrir as cortinas, ligar as luzes; providenciar alimentação rica em proteínas e boa hidratação, evitando demasiada ingestão de água à noite e de cafeína após o lanche; encorajar e contribuir para a restrição de sono durante o dia (Chiu et al,2014; Weber et al, 2013; Hou et al, 2013).

O objectivo do segundo ponto mencionado é o de ensinar e fazer com que os clientes consigam implementar algumas estratégias não farmacológicas, tendo assim uma participação activa no seu plano terapêutico. Podem ser adoptadas, entre outras, as seguintes estratégias: ensino sobre a importância do sono e repouso, ensino de técnicas de relaxamento (como por exemplo o relaxamento muscular progressivo com imaginação guiada e respiração), o controlo de estímulos, a restrição das horas de sono durante o dia. É importante salientar que esta participação activa está limitada pela própria gravidade do TCE e do estado neurológico do cliente. Por este motivo deve ser feita uma avaliação

inicial de forma a escolher quais as estratégias que o próprio cliente conseguirá implementar. Nos clientes mais idosos e com maiores défices neurológicos isso será mais difícil de alcançar, no entanto o intuito é chamar a atenção que quando é possível, pode e deve ser feita uma tentativa de fazer com que o cliente participe activamente no seu processo de recuperação.

Um dos primeiros factores a ter em atenção é, na minha opinião, a cama à qual é alocado o cliente vítima de TCE. No caso específico do SO, o cliente deverá ficar num local mais resguardado, mais afastado de portas muito frequentadas, onde poderá haver um maior controlo de ruído (como por exemplo as camas 9 , 10 , 11). De forma a transmitir esta informação à equipa e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao cliente vítima de TCE, elaborei um panfleto com as guidelines promotoras do seu sono e repouso, de forma a serem colocados junto à unidade do cliente (APÊNDICE V). Disponibilizei os principais artigos encontrados na pesquisa que realizei e sensibilizei a equipa para a importância da temática, privilegiando os momentos das passagens de turno. Tentei dar especial enfoque junto dos chefes de equipa do SO, uma vez que é a eles que cabe em primeira instância a organização, distribuição e o alocamento do cliente nesta área da urgência. Desta forma, *incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.*

Neste serviço de urgência, reví-me em algumas dificuldades que foram também sinalizadas na pesquisa bibliográfica que realizei, que referia que um dos factores dificultadores de todo o processo é a resistência das equipas ao conceito de sono e repouso no cliente crítico. É importante referir que a área de estudo da influência do sono e repouso no cliente com TCE e as estratégias facilitadoras do mesmo é muito recente, sendo que os artigos mais relevantes que abordei datam todos de 2013. É no meu entender, mais uma prova de ser uma área de estudo de grande relevância, com estratégias de intervenção específicas e que requer mais pesquisa e maior investimento por parte de quem presta cuidados ao cliente em estado crítico. Assim, e apesar das dificuldades, através das atitudes já referidas, *participei e promovi a investigação em serviço na minha área de especialização*, numa temática que considero ser fundamental na prestação de cuidados especializados de qualidade.

2.3 MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO (CCI)

As IACS podem ser definidas como “(...) infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.” (Direcção-Geral da Saúde, 2007). Segundo a OMS estas dificultam e atrasam o tratamento dos doentes e contribuem também para o consumo acrescido de recursos, sendo uma causa não desprezível da mortalidade e morbilidade. As IACS sendo uma questão do âmbito da segurança do cliente, merecem a atenção não só dos profissionais de saúde, como dos administradores, gestores, governantes e da sociedade em geral (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Estudos indicam que através da implementação de práticas seguras como a higiene das mãos, a utilização de equipamento de protecção individual ou a higienização ambiental, cerca de um terço das IACS pode ser evitado. Com o objectivo de reduzir a transmissão cruzada de infecções e os efeitos negativos das IACS, foi aprovado a 4 de julho de 2007 o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, determinando a criação de Comissões de Controlo de Infeção (CCI) em todas as unidades públicas e privadas de prestação de cuidados. O Despacho nº 18052/2007, de 14 de Agosto, veio atribuir às CCI a responsabilidade pelas vertentes formativa, de vigilância epidemiológica e da elaboração de normas e recomendações de boa prática e monitorização do seu cumprimento (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A CCI onde realizei o ensino clínico integra na sua composição: um núcleo ou comissão executiva – constituído por uma médica (presidente / coordenadora da CCI) e duas enfermeiras que exercem funções nesta comissão a tempo inteiro; um núcleo de apoio técnico e consultivo e um núcleo de membros dinamizadores (constituído por um médico e um enfermeiro de cada serviço, nomeados pelas chefias), tal como o disposto na Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde Nº 18/DSQC/DSC de 15/10/2007.

A CCI é assim uma equipa multidisciplinar de acessoria técnica ao Órgão de Gestão, que tem como missão: planear, implementar e monitorizar as práticas locais de prevenção e controlo de infecção e de uso de antimicrobianos segundo o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), de acordo com as suas directivas e as características e especificidades do hospital; prevenir, detectar e propor medidas de controlo das IACS.

Entre outros, fazem parte dos objectivos e competências da CCI: implementar e monitorizar o programa de vigilância epidemiológica de IACS e de resistência aos antimicrobianos, nomeadamente a vigilância e notificação de microorganismos alerta; divulgar normas de boas práticas de prevenção e controlo das IACS e promoção da segurança clínica, com especial atenção à higiene das mãos, uso de equipamento de protecção individual, medidas de isolamento e controlo ambiental, tendo em conta o proposto no PPCIRA e a realidade do hospital; planear, implementar e monitorizar o programa anual de formação / informação que abranja todos os grupos de profissionais de saúde, incluindo os profissionais em fase de integração e que contemple a formação/informação de utentes e visitantes.

Nos primeiros turnos realizados na CCI, tive oportunidade de consultar a documentação existente mais relevante (instruções de trabalho, protocolos, manuais de apoio) e dialogar com a enfermeira tutora, de forma a definir os objectivos que poderiam dar resposta às minhas necessidades e às necessidades sentidas pelo serviço. Desta forma foi definido como objectivo geral: desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no âmbito da prevenção e controlo da IACS para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa e família. Foram também delineados os seguintes objectivos específicos:

- 1) Colaborar com a equipa de CCI nas várias actividades no âmbito de vigilância epidemiológica e recomendações de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS;
- 2) Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde no âmbito da prevenção das IACS.

Objectivo específico 1 – Colaborar com a equipa de CCI nas várias actividades no âmbito de vigilância epidemiológica e recomendações de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS

Segundo a DGS a vigilância epidemiológica é uma componente fundamental da prevenção e controlo de infecção. Consiste na recolha, registo e análise sistemática de informações sobre clientes internados e infecções, a fim de implementar medidas apropriadas de prevenção e controlo de infecção. A vigilância epidemiológica tem por objectivos: controlar directamente a doença, detectar modificação de padrões e permitir

investigação precoce / medidas de prevenção, identificar práticas que possam originar IACS, avaliar medidas de controlo, definir prioridades do Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção (POPCI), aplicar uma abordagem científica e cumprir as determinações da tutela. A vigilância epidemiológica encoraja os profissionais que prescrevem e prestam cuidados a cumprir as recomendações de boas práticas, a corrigir ou melhorar práticas específicas e avaliar o seu impacto. Permite também detectar precocemente surtos de infecção e monitorizar, periodicamente, os dados de avaliação de progresso (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

No âmbito da vigilância epidemiológica, pode participar na vigilância contínua que a CCI faz de microorganismos epidemiologicamente significativos: MRSA, VRSA, VRE, *Acinetobacter baumannii*, *Clostridium difficile* e de Bactérias produtoras de B-lactamases de Espectro Alargado (ESBL). Para tal, é feita uma consulta diária dos resultados laboratoriais de bacteriologia, sinalizados pelo laboratório, de forma a detectar bacteriémias positivas. À posteriori, é feita a introdução dos microorganismos “alerta” numa base de dados informática, que permitirá uma análise estatística.

Este processo tem como objectivo a detecção precoce dos casos de infecção / colonização por microorganismos com necessidade de medidas de isolamento, permitindo a comunicação atempada aos serviços para que essas medidas sejam aplicadas precocemente. A monitorização destes casos que requerem medidas de isolamento é enviada semanalmente à Direcção de Enfermagem e Direcção Clínica.

Para além disso, são efectuadas várias visitas aos serviços, de forma a dar orientações e esclarecer dúvidas sobre medidas a adoptar, bem como monitorizar as medidas adoptadas pelos profissionais no controlo e prevenção da infecção. Com estas visitas, monitorizações e intervenções, *exerci supervisão do exercício profissional* na área da CCI e *zelei pelos cuidados prestados nesta área especializada*.

Esta área é complexa, e encontra-se revestida de múltiplos conceitos, envolvendo esforço e colaboração de muitos dos profissionais de uma instituição. Para poder direccionar as medidas de prevenção e controlo, é necessário conhecer bem o microorganismo, as suas vias de transmissão, a sua fonte ou reservatório, e o hospedeiro. No entanto, é necessário avaliar individualmente cada caso. Por diversas vezes verificamos que os serviços não têm infra-estruturas físicas que permitam o isolamento destes clientes, quando o é preconizado. É nestas situações que é ainda mais relevante a acção da CCI que, em

conjunto com os profissionais dos serviços, tenta encontrar e definir as estratégias mais adequadas para prevenir e controlar a disseminação da infecção através da adopção de barreiras de contenção, permitindo a segurança dos clientes.

É de realçar a importância de ter o cliente com as precauções de isolamento adequadas à via de transmissão do microrganismo. Para além das precauções básicas, alguns clientes precisam de precauções adicionais por serem suspeitos de estarem infectados ou colonizados por microrganismos patogénicos altamente transmissíveis ou epidemiologicamente importantes, para evitar a transmissão hospitalar (CCI, 2011).

É importante salientar que as precauções dependentes das vias de transmissão complementam as precauções básicas mas não as substituem, e devem ser conhecidas e cumpridas por todos os profissionais de saúde, clientes e visitantes. São três os tipos de precauções dependentes das vias de transmissão: precauções dependentes da transmissão por contacto (no qual é efectuado isolamento de contacto) – aplicam-se a clientes infectados ou colonizados, ou com suspeita de o estarem, por microrganismos epidemiologicamente importantes, transmissíveis por contacto directo (pele a pele, através das mãos do profissional) ou indirecto (por contacto das mãos com as superfícies ou utensílios do ambiente do doente); precauções dependentes da transmissão por gotículas (no qual é efectuado isolamento de transmissão de gotículas) – aplicam-se a clientes infectados ou colonizados, ou com suspeita de o estarem, por microrganismos epidemiologicamente importantes, transmissíveis por gotículas (partículas de dimensões superiores a 5 µm) e que podem ser geradas pelo cliente durante a tosse, o espirro, a fala ou determinados procedimentos de risco geradores de aerossóis como aspiração de secreções, broncoscopia, cinesiterapia respiratória infecciosas; precauções dependentes da transmissão por via aérea (no qual é realizado isolamento de transmissão por via aérea) – aplicam-se a clientes infectados ou colonizados, ou com suspeita de o estarem, por microrganismos epidemiologicamente importantes, transmissíveis por núcleos de partículas (“droplet nuclei”) com dimensão < 5 µm, transportadas pelo ar. Estes núcleos resultam da evaporação das gotículas contendo microrganismos e que permanecem suspensas no ar, podendo ser transportadas a longas distâncias por correntes de ar. Estes tipos de precauções podem ser usados em combinação quando existe mais que uma via de transmissão para um microrganismo (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Cada tipo de isolamento requer medidas específicas relativamente à instalação do cliente, ao equipamento de protecção individual, à roupa, ao ambiente e ao transporte do cliente.

Ao longo destas semanas, verifiquei que, apesar da existência de um manual de práticas sobre as precauções de isolamento, elaborado pela CCI, disponível na intranet, existem ainda algumas dúvidas dos profissionais de saúde relativamente a alguns destes itens. Esta foi uma área onde, ao longo de todo o estágio, dei o meu contributo e desenvolvi competências. Para tal, adoptei um *discurso pessoal fundamentado, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos, incorporando na prática os resultados da investigação relevantes, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais de saúde.*

Considero que realizei o meu estágio na CCI numa época que me providenciou saberes e experiências que em outros momentos, não seriam possíveis. Quando iniciei o meu estágio, existia a nível da sociedade em geral e das instituições de saúde em particular, uma grande preocupação com o surto de uma doença que passou a fazer parte dos nossos maiores receios – o Ébola.

Ébola é o nome comum dado à doença rara mas mortal (letalidade de 25% a 90%) causada pela infeção por vírus Ébola. O vírus é da família dos Filoviridae e é uma das causas de febres hemorrágicas virais. Tem 5 estirpes, conhecidas pelo local onde o vírus foi descoberto pela primeira vez: Zaire ebolavirus, Sudan ebolavirus, Tai Forest ebolavirus, Bundibugyo ebolavirus e Reston ebolavirus (DGS, 2014).

Segundo a DGS, o vírus Ébola é um agente biológico de grupo de risco 4 que se transmite através do contacto direto ou indireto com sangue ou outros fluidos corporais (incluindo urina, fezes, vómito, suor, lágrimas, sémen, leite materno e saliva), gotículas ou órgãos de pessoas doentes ou de cadáveres. Também pode haver transmissão por contacto com animais infetados, vivos ou mortos, ou através da manipulação ou ingestão da carne. De acordo com os conhecimentos atuais não existe evidência de transmissão por via aérea no contexto da história natural da doença. Admite-se no entanto a possibilidade de aerossolização das secreções brônquicas infetadas, perante determinados procedimentos clínicos invasivos, tais como: entubação, aspiração de secreções ou ventilação assistida. A transmissão do vírus pessoa a pessoa ocorre apenas a partir do início dos sintomas ou sinais (Direcção-Geral da Saúde, 2014).

De acordo com a Orientação nº 012/2014 da DGS, de 08/08/2014 actualizada a 01/12/2014, é considerada caso suspeito de doença por vírus Ébola uma pessoa que apresente os seguintes critérios clínicos E epidemiológicos:

- Critérios clínicos: Febre E pelo menos, mais um dos seguintes sintomas/sinais: Náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, dor abdominal; mialgias, astenia, câibras, odinofagia; cefaleia, confusão, prostração; conjuntivite, faringe hiperemiada; exantema maculopapular, predominante no tronco; tosse, dor torácica, dificuldade respiratória e ou dispneia; hemorragias. Em estadios mais avançados da doença pode ocorrer insuficiência renal e hepática, distúrbios da coagulação, entre os quais coagulação intravascular disseminada (CID) e evolução para falência multiorgânica.
- Critérios epidemiológicos: Estadia (viagem ou residência) em área afetada (Guiné-Conacri, Libéria e Serra Leoa) num período de 21 dias antes do início dos sintomas OU contacto próximo, nos últimos 21 dias com doente infetado por vírus Ébola, com superfícies ou objetos contaminados ou prestou assistência, sem proteção adequada, a doente (s) com infeção por vírus Ébola; coabitou com doente (s) infetado (s) por vírus Ébola; teve contacto direto com: sangue, secreções, tecidos, órgãos ou fluidos orgânicos de doente vivo ou de cadáver; animais infetados (vivos ou mortos) ou através da manipulação ou ingestão de carne de caça, proveniente dos países afetados; superfícies ou objetos contaminados com sangue ou outros fluidos orgânicos de doente ou cadáver ; dispositivos médicos utilizados no tratamento de doente por vírus Ébola; cadáver suspeito de doença por vírus Ébola, incluindo participação em cerimónias fúnebres.

Perante a presença de um caso suspeito, as orientações da DGS indicam que o profissional que identifica o caso suspeito deve de imediato criar medidas de barreira - distância mínima de 2 metros, entre o cliente e qualquer outra pessoa; evitar qualquer contacto físico do cliente com outras pessoas, incluindo profissionais; calçar luvas e fornecer uma máscara cirúrgica ao cliente, se a sua condição clínica o permitir; colocar o cliente em isolamento numa área restrita e contactar a Linha de Apoio ao Médico da DGS, para validação do caso. Não sendo este um hospital de referência, aguarda-se a chegada da Equipa Especializada de Transporte Terrestre do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) para ser transferido para um hospital de referência.

Aquando do início do meu estágio, estavam já definidos os circuitos e a área de isolamento para a qual o cliente suspeito de contaminação por vírus Ébola seria encaminhado, mas tive a oportunidade de participar e dar formação a alguns profissionais

de saúde no que diz respeito à colocação e remoção do equipamento de protecção individual (EPI).

O EPI a utilizar pelo profissional, deve assegurar a melhor protecção possível de acordo com o nível de risco dos cuidados a prestar. Foram definidos pela DGS 3 níveis de protecção para os profissionais de saúde de acordo com o risco: Nível de protecção 1 – que se aplica aos profissionais de saúde e equipas de emergência pré-hospitalar que realizam a primeira abordagem com contacto direto limitado com um caso suspeito ou provável de doença por vírus Ébola, como por exemplo, profissionais envolvidos na triagem nos hospitais e nos centros de saúde e nas equipas de emergência pré-hospitalar; Nível de protecção 2 - aplica-se a todos os profissionais de saúde directamente envolvidos nos cuidados ao cliente com caso provável ou confirmado, isto é, profissionais dos hospitais de referência que prestam os cuidados de saúde e profissionais do laboratório de referência para o vírus Ébola; Nível de protecção 3 – que se aplica a todos os profissionais do INEM que realizam o transporte do cliente, profissionais que realizam a descontaminação de áreas de contenção dos laboratórios, de quartos/áreas de isolamento dos hospitais de referência, de ambulâncias, e de outras áreas de isolamento onde esteve um cliente com caso confirmado (DGS, 2014).

A formação que foi ministrada pela CCI e na qual eu pude participar e colaborar activamente foi dirigida aos profissionais que iriam efectuar a limpeza e descontaminação da área de isolamento onde esteve um doente suspeito de contaminação por vírus Ébola, após a sua transferência para um hospital de referência. Segundo a Orientação da DGS nº 020/2014, neste nível de protecção – nível 3 - o profissional de saúde deve ter como EPI os seguintes elementos: fato de bloco operatório, fato de protecção integral, bata, cogula, touca, protecção respiratória (máscara FFP3), óculos de protecção, viseira de protecção facial total, luvas (2 pares – 1º par de nitrilo e 2º par de nitrilo ou látex), calçado de uso exclusivo do local de trabalho, cobre calçado, cobre-botas e botas de borracha.

Foi ministrada formação a 6 profissionais, na qual foi feito um breve enquadramento sobre o vírus Ébola e foi feita demonstração dos passos na colocação e remoção do EPI. Após esta demonstração, foram divididos os profissionais em grupos de dois e ambos efectuaram a colocação e remoção do EPI, seguindo os passos e a checklist preconizados pela DGS (ANEXO I). Nesta parte da formação, foram esclarecidas algumas dúvidas e foi salientada a importância de alguns pontos-chave: a correcta colocação e remoção do EPI é de extrema importância, sendo o momento da remoção o que apresenta maior risco

de contaminação; a colocação do EPI deve garantir que toda a pele fica coberta; é necessário estar presente um segundo profissional da equipa devidamente treinado para supervisionar a colocação e a remoção do EPI, confirmando se todos os procedimentos estão correctos e de acordo com as checklists; a remoção do EPI deve ser efectuada com gestos suaves, evitando qualquer contacto entre o EPI e qualquer área do corpo. Por se considerar um dos pontos cruciais, foi entregue aos profissionais panfletos demonstrativos da técnica de colocação e remoção de luvas e incentivado o seu treino (ANEXO II).

Na generalidade verificámos que apesar de alguma apreensão e dificuldades iniciais por parte dos formandos, a formação correu bem, ficando todos bem cientes da importância de alguns pontos-chave já referidos. Foram agendados novos momentos formativos para treinar novamente a colocação e remoção do EPI, de forma a fornecer aos profissionais envolvidos a confiança e a aptidão necessária para trabalhar em segurança.

Objectivo específico 2 – Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde no âmbito da prevenção das IACS

Durante as visitas aos serviços, foram feitas várias formações *in loco* para esclarecimento de dúvidas relativos a vários temas, e uma das dúvidas que surgiu foi relativamente ao EPI. O EPI é um conjunto de materiais cujo uso tem a finalidade de constituir barreiras físicas à transmissão de microorganismos, sendo o profissional de saúde responsável pela selecção das barreiras mais adequadas em função da avaliação do risco previsto. Uma das dúvidas identificadas foi relativamente aos tipos de máscaras existentes e as diferenças entre elas.

Existem máscaras com diversas formas de adaptação e com eficácia de filtragem diferente, devendo as mesmas ser seleccionadas de acordo com as patologias e vias de transmissão do microorganismo para as quais se pretende protecção. De uma forma global, as máscaras cirúrgicas devem ser usadas pelos profissionais de saúde e pelas visitas para protecção contra gotículas que são transmitidas por contacto próximo (inferior a 1 m), enquanto que as máscaras de alta filtragem (FFP2) devem ser usadas pelos profissionais de saúde e visitas para protecção contra partículas e microorganismos transmissíveis por via aérea (CCI, 2011). A dúvida surgiu na diferenciação entre uma e outra, sendo que essa diferenciação estava a ser apenas atribuída à forma da máscara – o

“bico de pato”. No entanto, o que se verifica é que existem também máscaras cirúrgicas com o formato de “bico de pato”. Desta forma, a identificação das máscaras de alta filtração faz-se pela presença de um carimbo na mesma com a referência FFP2 ou N95. Este “pequeno” pormenor pode ditar a diferença entre o profissional estar a adoptar o equipamento mais indicado à via de transmissão de determinado microorganismo, ou não o fazer e colocar-se a si em risco, e aos restantes clientes. Este esclarecimento foi assim feito em vários serviços, com um feedback positivo da importância do mesmo.

Com o objectivo de *promover a formação em serviço* em algumas áreas relacionadas com a CCI e contribuir para a contínua melhoria da prática de cuidados planifiquei, elaborei e ministrei uma formação no Bloco Operatório com o tema “Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório – Prevenção e Controlo” (APÊNDICE VI). Nesta formação, abordei temas que, através da minha observação directa, do diálogo com a enfermeira chefe, os enfermeiros responsáveis e enfermeiros dinamizadores da CCI no BO, foram definidos como aqueles que necessitariam de alguma revisão e esclarecimento. *Identifiquei assim as necessidades formativas, dentro da área de especialização.* Para a escolha dos temas foi também importante *relectir na e sobre a prática, de forma crítica,* de modo a encontrar as dificuldades sentidas e os que necessitavam de melhoria.

Inseridas na campanha nacional de higiene das mãos, foram realizadas ao longo do ano formações nos serviços deste hospital, mas nas quais o BO não foi contemplado. De acordo com dados de auditorias de higienização das mãos, este hospital apresentava em 2013 uma adesão superior à média nacional, tendo no entanto um decréscimo significativo de adesão quando comparado com o ano anterior. Por estes motivos e pela grande importância que representa na prevenção das IACS, um dos temas abordados na formação foi a higienização das mãos.

A higiene das mãos é considerada uma das medidas mais simples e efectivas para a prevenção da transmissão cruzada de microorganismos multi-resistentes e para a prevenção das IACS. (Scheithauer et al, 2013).

Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infecção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a principal fonte ou veículo para a transmissão de microrganismos. Neste contexto, a higiene das mãos integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção e controlo da infecção. É também

considerada uma medida com impacto indirecto no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2010).

De forma a constituir uma abordagem mais eficaz para a promoção da prática da higiene das mãos e por consenso com a proposta da OMS, foi implementada uma estratégia multimodal para a higiene das mãos a nível nacional. Esta estratégia engloba elementos chave como a formação, os programas de motivação dos profissionais, a utilização na higiene das mãos de uma solução anti-séptica de base alcoólica (SABA), a monitorização da prática de higiene das mãos e do consumo dos produtos adequados, a utilização de indicadores de desempenho e o forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

Em 2007, a OMS definiu 5 momentos-chave para a higienização das mãos: antes do contacto com o doente; antes de procedimentos assépticos/limpos; após risco de exposição a fluidos orgânicos; após contacto com o doente e após o contacto com o ambiente envolvente do doente. Apesar da vasta informação fornecida pela DGS, pelas instituições de saúde e pelas próprias CCI, o 1º momento (antes do contacto do doente) e o 5º momento (após o contacto com o ambiente envolvente do doente) continuam a apresentar a nível nacional percentagens de adesão baixas relativamente aos restantes momentos (59,0% no 1º momento e 66,5% no 5º momento), sendo importante, na minha opinião, a divulgação destes dados, para uma maior consciencialização da problemática.

Para além dos 5 momentos, foram abordadas as diferentes técnicas de higienização das mãos, os critérios de escolha dessas mesmas técnicas - devendo a SABA ser a primeira escolha para a higienização das mãos, excepto quando os profissionais tenham as mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica e no caso de prestação de cuidados a clientes com *clostridium difficile*, na qual está preconizada a lavagem das mãos com água e sabão (DGS, 2010).

Na formação foram também abordadas e revistas algumas temáticas e procedimentos que têm grande importância na prevenção das IACS, nomeadamente: cateterização vesical (factores de risco, inserção e manutenção do cateter vesical); cateter vascular central (manutenção, manipulação e penso do cateter vascular central); precauções baseadas nas vias de transmissão (isolamentos de contacto, gotículas e aerossóis, equipamento de protecção individual, transporte do cliente em isolamento).

No final da formação criei uma banca prática com o objectivo de detectar os erros mais comuns na higienização das mãos. Nesta os enfermeiros (e posteriormente auxiliares e médicos) efectuaram a fricção antiséptica das mãos com a SABA e colocaram-nas numa máquina de fluorescência, onde se conseguia identificar quais as zonas da mão que não estavam bem limpas. A formação foi também realizada com o intuito de *colaborar na integração de novos profissionais*, uma vez que assistiram à formação vários colegas que haviam iniciado funções há pouco tempo e que tinham ainda algumas dúvidas, principalmente nas precauções baseadas nas vias de transmissão.

Com o objectivo de alcançar o maior número de profissionais, foi feita, de forma atempada, uma boa divulgação da data da mesma, dos seus objectivos e dos seus conteúdos. Em colaboração com a chefia, foi também escolhida uma hora na qual seria expectável ter presente o maior número de profissionais possível, sem causar constrangimentos no turno e ao serviço. Desta forma, foi realizada no dia 05 de Dezembro de 2014, assistindo à formação 31 enfermeiros deste serviço. Foi gratificante para mim ver que no final foi reconhecida a importância do esclarecimento de dúvidas em algumas das temáticas abordadas e que a grande maioria aderiu e reconheceu a mais-valia da existência da banca prática. Mesmo alguns dias após a formação, verifiquei que vários profissionais continuavam a usar a máquina de fluorescência para verificar os erros efectuados na lavagem das mãos.

3 - CONCLUSÕES

O presente relatório é o culminar de um percurso de aprendizagem e de enriquecimento pessoal e profissional. Permitiu a análise e reflexão do caminho percorrido com vista à mudança de práticas e comportamentos e ao desenvolvimento de competências clínicas especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica. Para além de documentar a aprendizagem adquirida ao longo dos três módulos que constituíram o estágio, a elaboração deste documento foi também um momento de aprendizagem, proporcionando o desenvolvimento da capacidade de análise crítico-reflexiva e de síntese.

No estágio correspondente ao Módulo II (UCI), fui confrontado com um ambiente rodeado de alta tecnologia, com clientes a necessitar de cuidados altamente especializados e específicos. Pelo já referido, foi necessário fazer uma pesquisa bibliográfica alargada de diversos temas. De todos, por ser uma temática bastante relevante e actual, salientei a importância do sono e repouso no cliente internado em UCI, abordando os factores que o influenciam e as estratégias promotoras do mesmo. A promoção do conforto ambiental foi ainda abordado à luz da Teoria de Kolcaba que, não podendo ser a única a ter em consideração na prestação de cuidados ao cliente em estado crítico, reveste-se de grande importância no caminho para a excelência do cuidado. Senti uma grande satisfação quando, alguns meses após ter terminado o estágio, se iniciou um projecto de serviço na UCICRE denominado “Sono e Repouso na UCICRE”, que se encontra neste momento em fase de implementação e para o qual tive a oportunidade de dar o meu contributo.

Pelo papel que representa na recuperação do cliente em estado crítico e pelo impacto causado pelo processo de doença, a relação com a família é um dos aspectos em que o enfermeiro que trabalha em cuidados intensivos deve investir e desenvolver continuamente. Infelizmente, devido ao tempo de duração de visita e à dinâmica de cuidados exigidos pelo cliente em estado crítico, o tempo que o enfermeiro dispõe para a família é muito limitado. Este aspecto foi abordado e discutido por toda a equipa multidisciplinar, sendo desenvolvidas algumas medidas de melhoramento. Ficou no entanto a sensação de necessidade e desejo de desenvolver futuramente novas estratégias e eventualmente novos projectos que permitam uma maior integração e envolvimento da família no processo de recuperação do cliente.

O estágio realizado no serviço de urgência apresentou-se como um grande desafio. Para tal contribuiu a dimensão do serviço e o elevado número de doentes com uma diversidade

de situações complexas, a necessitar de cuidados urgentes e emergentes. O facto de ser realizado numa instituição diferente, com a qual nunca tinha tido qualquer tipo de contacto dificultou um pouco mais a integração.

Devido ao facto de estar desperto para a problemática, identifiquei uma oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes que eram internados no SO, nomeadamente aos clientes vítimas de TCE, através da promoção do seu sono e repouso. Devo salientar que, em linha com as dificuldades encontradas nos estudos abordados, encontrei alguma resistência ao conceito de promoção do sono em contexto de urgência. No entanto, tal como já referido, com as diferentes estratégias adoptadas penso ter sensibilizado a equipa para a importância desta temática na recuperação do cliente.

Neste campo de estágio foi também abordada a importância do consentimento informado, temática que considerei necessitar de algum aprofundamento e esclarecimento. O consentimento informado é, muitas vezes, apenas abordado na relação médico-doente, sendo escassas as publicações que abordam este assunto à luz da enfermagem. No entanto, tal como verificado no artigo 5.º da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedecina, o consentimento é um requisito de qualquer intervenção no domínio da saúde, sem excluir as intervenções realizadas pelos enfermeiros. A prática clínica tendo por base o consentimento livre e esclarecido é uma forma de garantir níveis elevados de satisfação dos utentes, melhora a forma de combate à negligência e assegura os níveis de qualidade na prestação de cuidados de saúde. Desta forma, foram esclarecidas algumas dúvidas relativamente à forma do consentimento e as situações de excepção, tendo sido criado um ambiente de reflexão no seio da equipa multidisciplinar.

Considero que o estágio na CCI se apresentou como um excelente campo de aprendizagem. Infelizmente, existe ainda nos dias que correm algum desconhecimento do tipo de trabalho que é desenvolvido por estas comissões. No entanto estas, pelas suas diversas intervenções, apresentam um papel cada vez mais preponderante na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como na segurança do doente e dos próprios profissionais de saúde. Com o objectivo de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da prevenção e controlo das IACS, desenvolvi uma acção de formação no Bloco Operatório, na qual se revelou uma mais-valia a existência de uma banca prática.

Para além dessa formação, foram realizadas pontualmente outras, nas várias visitas efectuadas aos serviços. Nestas, adoptei um discurso pessoal fundamentado sobre a temática, incorporando nas mesmas os resultados da investigação válidos e relevantes.

Por tudo o que foi referido e analisado, considero que atingi todos os objectivos que foram delineados durante os estágios, ultrapassando todas as barreiras e dificuldades que foram encontradas.

Para além das dificuldades já referidas, em certos momentos tornou-se bastante difícil conciliar o estágio, a necessidade de pesquisa e a realização de trabalhos com a actividade profissional e a família. Para o conseguir, foi fundamental a colaboração dos professores, enfermeiros orientadores, as equipas de enfermagem e a vontade de alcançar um objectivo há muito traçado.

Considero que todas as actividades desenvolvidas ao longo dos três campos de estágio, foram ao encontro das necessidades do serviço e contribuíram para o desenvolvimento e aquisição das competências exigidas pelo curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica da UCP e pela Ordem dos Enfermeiros.

Este relatório é o fim de uma etapa e ao mesmo tempo o início de uma nova – uma mais exigente e embebida de grande responsabilidade.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, Sandra Isabel Pereira; JOSÉ, Helena Maria Guerreiro; LOURENÇO, Ilda Maria Rodrigues. Os fatores que afetam o sono dos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos. *Nursing*, 2014.
- APÓSTOLO, J. L. A. "O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significado teóricos". Março de 2009; *Revista Referência*, II série, nº9, p.61 – 67;
- BIHARI, Shailesh; MCEVOY, R. Doug; MATHESON, Elisha; KIM, Susan; WOODMAN, Richard J.; BERSTEN, Andrew D. Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2012, Vol. 8, nº 3.
- BITENCOURT, A., NEVES, F., DANTAS, M., ALBIQUERQUE, L., MELO, R., ALMEIDA, A., AGARENO, S., TELES, J., FARIAS, A., MESSEDER, O. *Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva*. 2007; 19: 1:53-59
- BOUKO, Y.; ORDING, H.; JENNUM, P.; Sleep disturbances in critically ill patients in ICU: how much do we know? ; *Acta Anaesthesiol Scand* 2012; 56: 950-958
- BOURNE, R., MILLS, G. (2004). Sleep disruption in critically ill patients – pharmacological considerations. *Anaesthesia*. 59(4), 374-384.
- BRAND, Heather. Sleep Hygiene in Hospitals for Patient Healing. *Critical Care Nurse*, Abril 2014, vol. 34, nº 2.
- CARVALHO, E.M.; BACHION, M.M.; Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem; *Revista Electrónica de Enfermagem*: 2009;11(3):466
- CHIU, H-Y.; LO, W-C; CHIANG, Y-H; TSAI, P-S; The effects of sleep on the relationship between brain injury severity and recovery of cognitive function: A prospective study; *International Journal of Nursing Studies*, n. 51, p. 892-899; 2014
- CICEK, Hatice Sutcu; ARMUTCU, Birgul; DIZER, Berna; YAVA, Ayla; TOSUN, Nuran; CELIK, Turgay. Sleep Quality of Patients Hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit and the Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences*, Janeiro-Abril 2014, Vol. 7, 1.
- CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem; Ordem dos Enfermeiros, Fevereiro de 2011, ISBN 978-92-95094-35-2

- Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. Manual de Práticas-Precauções de Isolamento. Amadora: CCI. 2011
- COSTA S., CEOLIM M. Fatores que interferem na qualidade de sono de pacientes internados. *Rev. Escola de Enfermagem USP*. 2013; 47(1):46-52
- CUNHA, I. C.; MIYAMOTO, A. C.; Hipotermia na sala de recuperação anestésica, *Revista de Enfermagem da UNISA*: 2003; Vol. 4, pp. 17-20
- DARBYSHIRE, Julie L.; YOUNG, J. Duncan. An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. *Critical Care*, 2013, 17: R187.
- DE LA RUE-EVANS, L.; NESBITT, K.; OKA, R.K.; Sleep Hygiene Program Implementation in Patients with Traumatic Brain Injury; *Rehabilitation Nursing*, n. 38, p. 2-10; 2013
- DELVES, Jillian; Sleep deprivation in the intensive care unit; *HNE Handover for Nurses and Midwives*, Vol 2, N. 1, 2009, 16-19
- DEODATO, S. ; Direito da Saúde: Colectânea de legislação anotada; Coimbra; Almedina; 2012; ISBN: 978-972-40-4750-8; p.131-143
- Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 13/DQS/DSD: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2010
- Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 18/DSQC/DSC – Comissões de Controlo de Infecção. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2007
- Direcção-Geral da Saúde. Ébola. 2014 [acesso em Novembro de 2014]. Disponível em: <http://www.ebola.dgs.pt/o-que-e-o-ebola.aspx>.
- Direcção-Geral da Saúde. Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2008
- Direcção-Geral da Saúde. Orientação nº 012/2014: Doença por Vírus Ébola. Procedimentos Gerais . Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2014
- Direcção-Geral da Saúde. Orientação nº 020/2014: Doença por Vírus Ébola. Equipamento de Protecção Individual (EPI) . Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2014
- Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2007.

- Direcção-Geral da Saúde. Recomendações para as Precauções de Isolamento-Precauções Básicas e Precauções dependentes da Via de Transmissão. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2007
- EHLERS, Valerie J.; WATSON, Heather; MOLEKI, Mary M. Factors contributing to sleep deprivation in a multidisciplinary intensive care unit in South Africa. *Curationis*, Outubro 2012, 36 (1).
- ELIASSEN K, HOPSTOCK L. Sleep promotion in the intensive care unit – A survey of nurse’s interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011; 27, 138-142
- ELLIOT R., MCKINLEY S., CISTULLI P., FIEN M., Characterization of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observation study, *Critical Care*, Sydney, 2013; 235-253.
- FREEDMAN N, GAZENDAM J, LEVAN L, PACK A, SCHWAB R.; Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001; 163: 451-457.
- FRISK, U., OLSSON, J., NYLEN, P., HAHN, R. (2004). Low melatonin excretion during mechanical ventilation in the intensive care unit. *Clinical Science*, 107(1), 47-53.
- GALVÃO, C. M.; GOTARDO, J. M.; Avaliação da hipotermia no pós-operatório imediato; 2009; S/1
- GANZ, Freda DeKeyser. Sleep and Imune Function. *CriticalCareNurse*, Abril 2012, vol. 32, nº 2, p.19-25.
- HONKUS, Vicky L. – Sleep Deprivation. Critical Care Units. *Critical Care Nursing Quarterly*. 26:3 (2003), p. 179-189.
- HOU, L.; HAN, X.; TONG, W.; LI, Z.; XU, D.; YU, M.; HUANG, L.; ZHAO, Z.; LU, Y.; DONG, Y.; Risk Factors Associated with Sleep Disturbance following Traumatic Brain Injury: Clinical Findings and Questionnaire Based Study; *PLOS One*, Volume 8, Issue 10; October, 2013
- HUSTER, Karin; ROVENSKA, Martina; STAFFORD, Amy; Implementation of a Quiet Time Period in a Busy Level I Trauma Center’s Trauma ICU; *CriticalCareNurse*, April 2012, Vol 32, N. 2
- HUSTER, Karin; ROVENSKA, Martina; STAFFORD, Amy; Implementation of a Quiet Time Period in a Busy Level I Trauma Center’s Trauma ICU. *CriticalCareNurse*, Abril 2012, vol. 32, nº2.

- International Council of Nurses. Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = Cuidados de qualidade [Em linha] . Genebra. 2007; ISBN: 9295040805; Acedido em 23-09-2014; Disponível em : http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf
- International Council of Nurses. *Dotações seguras salvam vidas* [Em linha]. Genebra. 2006; ISBN: 9295040449; Acedido em 26-09-2014; Disponível em : http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf
- KAMDAR, Biren B.; NEEDHAM, Dale M.; COLLOP, Nancy A. Sleep Deprivation in Critical Illness: Its Role in Physical and Psychological Recovery. *J Intensive Care Med*, Março 2012; 27(2); p. 97-111.
- KOLCABA, K. *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company; 2003
- LAWSON N., THOMPSON K., SAUNDERS G., SAIZ J., RICHARDSON J., BROWN D., Ince N., CALDWELL M., POPE D., Sound Intensity and Noise Evaluation in a Critical Care Unit, *American Journal of Critical Care*, USA, 2012; 19; p. 88-98.
- LITTLE, A.; ETHIER, C.; AYAS, N.; THANACHAYANONT, T.; JIANG, D.; METHA, S. A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit, *Minerva Medica*, Abril 2012, p. 406-414.
- MAKIC, Mary Beth Flynn; RAUEN, Carol; WATSON, Robin; POTEET, Ann Will. Examining the Evidence to Guide Practice: Challenging Practice Habits. *CriticalCareNurse*, Abril 2014, vol. 34, nº 2, p. 28-44.
- MARQUES, P.; Consentimento Informado:o Fim do Silêncio; *Revista Referência*; Nº 9; 2002;
- MOSTAGHIMI, Parvaneh; NIEMCHAK, Stephanie; There's a Kind of Hush...Quiet Time in the MICU; *CriticalCareNurse*, April 2009 Vol 29, N. 2
- NAKOS, G. Sleep deprivation in ICU. *Minerva Medica*, 2012, vol. 70, nº 4, p. 395-396.
- NESBITT, Laura; GOODE, Debbie. Nurses Perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2014, nº 30, p. 231-235.
- Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2001.

- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. 2010.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2011
- PANDHARIPANDE P, ELY EW. Sedative and analgesic medications: risk factors for delirium and sleep disturbances in the critically ill. *Crit Care Clin* 2006; 22: 313–27.
- PERSON S.D.; ALLISON J.J.; KIEFE C.I.; WEAVER M.T.; WILLIAMS O.D.; Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*. 2004; 42(1), p.4 -12
- PETERSON M. Reduced noise levels in ICU promote rest and healing. *Crit Care Nurse*. 2000; 20(5):104.
- PROENÇA M.O., AGNOLO C.M., Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, Polo Alegre, 2011; 32, 279-86
- SALDAÑA, Diana Marcela Achury; ACHURY, Luisa Fernanda. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.*, 2010, vol. 12, nº 1, p. 26-42).
- SALDAÑA, Diana Marcela Achury; REYES, Alejandro Delgado; BERRÍO, Marisol Ruiz. El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.*, Janeiro-Junho 2013, p. 51-63.
- SANZ C.A.G, Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, Espanha, 2012; 10.001.
- SCHEITHAUER, S.; LEMMEN, S.W.; How Can compliance with hand hygiene be improved in specialized areas of a university hospital?, -*FEVE Journal of Hospital Infection*, Fevereiro de 2013, vol. 83, p. S17 – S22.
- SERRÃO, D.; A convenção Europeia de bioética e a prática médica em Portugal; *Revista Acção Médica*. Ano LXII (4): 1998, p. 10-17
- SHEWARD L., HUNT J., HAGEN S., MACLEOD M. & BALL J.; The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*. 2005. 13, 5160

- SILVA L.E., OLIVEIRA M.L.C., INABA W.K. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Revista eletrónica de enfermagem*, 2011; 13(3):521-8
- SILVA, A. R.; LAGE, M. J.; *Enfermagem em Cuidados Intensivos*, Coimbra: Formasau; 2010
- SOUSA, Patrícia Pontífice. O conforto da pessoa idosa. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2014. ISBN 978-972-54-0440-9
- SOUZA, V. P.; COSTA, J. R. R. : Anestesia e neurologia: Hipotermia: Evidências Científicas. *Conselho Editorial - Revista Mineira de Anestesiologia*; Belo Horizonte, 2007, v.12, n.4, p.539-560
- TALWAR A., LIMAN B., GREENBERG H., FEINSILVER S., VIJAYAN, V.K. Sleep in the Intensive Care Unit. *The Indian Journal of Chest Diseases & Allied Sciences*. 2008; Vol.50
- TAMBURRI, Linda M.; DIBRIENZA, Roseann; ZOZULA, Rochelle; REDEKER, Nancy S.: Nocturnal Care Interactions with patients in critical care units. *American Journal of Critical Care*. Aliso Viejo. ISSN 10623264. 13:2 (2004), p. 102-112.
- TEMBO, A., PARKER V. *Factors that impact on sleep in intensive care patients*. 2009; 25, 314-322.
- TEMBO, Agness C.; Parker, Vicki; HIGGINS, Isabel. The experience of sleep deprivation in intensive care patients: Findings from a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2013, nº 29, p. 310-316.
- TOMEY, A.M.; ALLIGOOD M.R.: Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência 5ª edição, 2004
- TOURANGEAU A.E.; GIOVANETTI P.; TU J.V.; WOOD M.; Nursing related determinants of 30 mortality for hospitalized patients; *Canadian Journal of Nursing Research*, 2002; 33(4), p. 71-88;
- TRACY, Mary Fran; CHLAN, Linda. Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *CriticalCareNurse*, Junho 2011, vol.31, nº 3, p.19-28.
- TROMPEO AC, VIDI Y, LOCANE MD, BRAGHIROLIA, MASCIA L, BOSMA K, RANIERI VM. Sleep disturbances in the critically ill patients: role of delirium and sedative agents. *Minerva Anestesiol* 2011; 77: 604–12.

- URDEN, L.; STACY, K.; LOUGH, M. -Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos. 5ªed. Loures. Lusodidata, 2006. p.3 – 15;
- VIEIRA, M.; *Ser Enfermeiro Da compaixão à Proficiência* : Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: 2008. ISBN 9789725401958.
- WATSON, Paula L.; CERIANA, Piero; FANFULLA, Francesco. Delirium: Is sleep important?. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, Setembro 2012; 26 (3).
- WEBER, M.; WEBB, C.A.; KILLGORE, W. DS; A Brief and Selective Review of Treatment Approaches for Sleep Disturbance following Traumatic Brain Injury; *Sleep Disorders & Therapy*, Volume 2, Issue 2; 2013
- XIE H, KANG J, MILLS G. The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. *Crit Care*. 2009; 13:208. doi: 10.1186/cc7154
- YAZDANNIK, Ahmad Reza; ZAREIE, Ahmad; HASANPOUR, Marzieh; KASHEFI, Parviz. The effect of earplugs and eye mask on patients' perceived sleep quality in intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. Novembro-Dezembro 2014, 19(6), p. 673-678.

LEGISLAÇÃO:

Código deontológico dos enfermeiros, republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro
(Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros).

Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de abril
(Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Portugueses).

Decreto-lei n.º74/2006 de 24 de março
(Graus académicos e diplomas do ensino superior).

Decreto-Lei nº 112/2009 de 16 de setembro
(Altera e republica o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros).

Regulamento nº 533/2014 de 2 de Dezembro
(Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem)

Decreto-lei n.º 48/90 de 24 de agosto
(Lei de bases da Saúde).

Código penal, aprovado pelo decreto-lei nº48/95 de 15 de março (Alterado pela Lei nº 59/2007 de 4 de setembro).

Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro
(Ratificação da Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina)

Pareceres da Ordem dos Enfermeiros:

Nº 06 de 2013 – Pronúncia Sobre Programa Prevenção e Controlo de Infecções,
Resistência aos Antimicrobianos

Enunciados de Posição da Ordem dos Enfermeiros:

Nº 02/07 de 15 de Março de 2007 – Consentimento Informado para Intervenções de
Enfermagem

Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente de 8 de Junho de 2006

APÊNDICES

APÊNDICE I – Formação ‘Hipotermia na UCI’



Hipotermia na UCI

Realizado por: David Centeio



Hipotermia na UCI

Estudos mostram que uma das complicações mais frequentes no pós-operatório imediato e apresentado pela maioria dos pacientes é a hipotermia.

A variação da temperatura cerebral pode ter como consequências a isquemia e anóxia cerebral. A diminuição de 1°C da temperatura causa diminuição da taxa metabólica cerebral na ordem de 6 a 7 %.



Desta forma ocorre **DIMINUIÇÃO** volume sanguíneo intracraniano devido a vasoconstrição cerebral.



Hipotermia na UCI

O ser humano possui a capacidade de manter a temperatura corporal dentro de um certo intervalo pré-determinado apesar das variações térmicas do meio ambiente – homeostasia .

A temperatura é regulada pelo centro termorregulador localizado no hipotálamo. O centro termorregulador funciona como um termóstato com a função de manter o equilíbrio entre a produção, conservação e perda de calor, mantendo a temperatura óptima (37°C) para o normal funcionamento dos órgãos



Hipotermia na UCI

Sabendo do diferencial existente entre a temperatura cutânea e central (cerca 0,5 a 1,5°C) providenciamos medidas quer de arrefecimento quer de aquecimento do doente mantendo a temperatura da pele entre os 35,5° e os 37°C



Hipotermia na UCI

A utilização de fármacos sedativos e vasoactivos no tratamento do doente tem influência directa sobre a termorregulação do mesmo, pois pode provocar diminuição das funções hipotalâmicas e vasoconstricção periférica respectivamente, conduzindo a novo ajuste da temperatura.



Hipotermia na UCI

Um ambiente hipotérmico, além da quebra da homeostase do meio ambiente, promove uma diminuição da humidade do ar



Negativo para doentes com patologias do foro respiratório, submetidos a grandes cirurgias, pacientes idosos, etc

A hipotermia pode ser responsável por bloqueio neuromuscular prolongado.



Hipotermia na UCI

- **Não-Intencional/Acidental:** que pode ocorrer com pacientes submetido a procedimentos anestésico-cirúrgicos ou vítimas de trauma. Advém de fatores isolados ou associados que provoquem um descontrolo no equilíbrio da temperatura corporal como perda excessiva de calor, inibição da termorregulação fisiológica.
- **Terapêutica:** instituída pela própria equipe médica com objetivos definidos: tratamento da hipertensão intracraniana, proteção neurológica pós-ressuscitação cardíaco-pulmonar, durante cirurgias neurológicas e cardíacas.



Hipotermia na UCI

○ Alterações metabólicas:

Hiperglicémia resultante do aumento da produção de glicose e redução do seu consumo em decorrência da taxa de metabolismo.

O aumento da produção é decorrente do estímulo simpático à liberação de adrenocortisonas, que atuam sobre a mobilização de glicogénio hepático.

A redução do consumo ocorre em consequência da redução da produção de insulina, levando a uma intolerância à glicose.



Hipotermia na UCI

● Alterações no SNC:

A redução da taxa de metabolismo leva a uma vasoconstrição cerebral, reduzindo o fluxo sanguíneo cerebral



Hipotermia na UCI

● Alterações cardiovasculares

Diminuição da pressão arterial que é acompanhada de uma redução da frequência cardíaca e um menor débito cardíaco

Pode desencadear em situações mais extremas quadros de necrose tecidual (por falta de aporte sanguíneo) e arritmias cardíacas.



Hipotermia na UCI

● Alterações no sistema renal a nível de eletrólitos

Ocorre a perda da capacidade de concentração da urina conhecido como "diurese fria".

Eleva os níveis de potássio intra-celular (Hipercalemiemia) o que aumenta o risco de arritmias



Hipotermia na UCI

● Alterações do equilíbrio ácido-base:

Ocorre um aumento da afinidade da hemoglobina pelo O₂. Isto leva a uma maior dificuldade de libertação do O₂ nos tecidos e consequentemente uma redução do seu consumo por estes.



Hipotermia na UCI

○ Alterações no sistema gastrointestinal

Ocorre uma redução da motilidade gastrointestinal



Hipotermia na UCI

○ Alterações no sistema de coagulação

Prolonga os tempos de coagulação, contribuindo para o risco de hemorragias.

As causas podem ser: elevação de catecolaminas ou esteróides que interfiram diretamente no metabolismo da coagulação, hipoperfusão circulatória, libertação de tromboplastina proveniente de tecidos isquémicos estimulados pelo frio.



Hipotermia na UCI

Achados Clínicos...

Hipotermia Leve 32°C a 35°C

Fase Inicial, excitação, para se combater o frio:

- ✓ Hipertensão
- ✓ Taquicardia
- ✓ Taquipneia
- ✓ Vasoconstrição

Com o passar do tempo, inicia-se a fadiga:

- ✓ Apatia
- ✓ Ataxia
- ✓ Diurese "fria"
- ✓ Hipovolémia



Hipotermia na UCI

Achados Clínicos...

Hipotermia Moderada 28°C a 32°C

- ✓ Arritmias Atriais
- ✓ Bradicardia
- ✓ Agravamento do Nível de Consciência
- ✓ Bradipneia
- ✓ Midríase (Dilatação pupilar)
- ✓ Depressão do reflexo de deglutição
- ✓ Redução do tremor
- ✓ Hiporreflexia
- ✓ Hipotensão
- ✓ Ondas de Osbourne - ECG





Hipotermia na UCI

Achados Clínicos...

Hipotermia Profunda
< 28°C

- ✓ Coma
- ✓ Oligúria
- ✓ Pupilas não reactivas
- ✓ Edema pulmonar
- ✓ Arritmias ventriculares
- ✓ Apneia
- ✓ Assistolia



Hipotermia na UCI

Medidas para controlo da hipotermia

- 1 – Medir a temperatura corporal (oral ou timpânica) na admissão do paciente;
- 2 - Avaliar a circulação periférica;
- 3 - Monitorizar os sinais vitais e a saturação de oxigénio;
- 4 - Vigiar a ocorrência de tremores;



Hipotermia na UCI

Medidas para controlo da hipotermia (Cont.)

- 5 – Retirar e aquecer roupas e cobertores húmidos e frios;
- 6 - Iniciar medidas e métodos de aquecimento colocando cobertores no corpo do paciente;
- 7 - Utilizar dispositivo de aquecimento para reaquecer o paciente;
- 8 – Manter uma monitorização frequente da temperatura;



Hipotermia na UCI

Medidas para controlo da hipotermia (Cont.)

- 9 – Aquecer perfusões em curso;
- 10 – Evitar cuidados de higiene demorados
- 11 – Promover um ambiente com uma temperatura ajustada



Hipotermia na UCI

- **As equipas de enfermagem devem ser orientadas e capacitadas quanto à importância de prevenir a hipotermia e como fazê-la de maneira adequada e eficiente.**
- **São medidas simples que podem ser tomadas sem custos significativos e que exigem pouco tempo da equipa de enfermagem. Porém, ajuda a prevenir efeitos danosos causados pela hipotermia, quer no período pós-operatório imediato, quer ao longo do tempo de internamento.**



Hipotermia na UCI

Questões ?



Hipotermia na UCI

Referências Bibliográficas:

- CUNHA, Isabel Cristina; Miyamoto, Andréa Calil (2003) – Hipotermia na sala de recuperação anestésica. In: Revista de Enfermagem da UNISA. Vol. 4, pp. 17-20. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-03.pdf>
- GALVÃO, Cristina Maria; Gotardo, Juliana Mara (2009) – Avaliação da hipotermia no pós-operatório imediato. [em linha]. S/l. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_12.html
- LORDANI, Tarcísio; Smisen, Kelly (s/d) – Assistência de Enfermagem visando a prevenção da hipotermia no transoperatório. [em linha]. S/l. Disponível em: <http://www.faq.edu.br/sis/upload/graduacao/tcc/51389ca6472e7.pdf>
- MEEKER, M.H.; Rotehrock, J. C. (1997) - Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- SOUZA, Vinicius, Pereira de; Costa, José R.R. (s/d) - Anestesia e Neurologia: Hipotermia: Evidências Científicas. [em linha]. Disponível em: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Hipotermia.pdf>

APÊNDICE II – Formação “Sono e Repouso na UCI”



Sono e Repouso na UCI



Realizado por:
David Centeio

Abril, 2014



Porquê ??

O sono é fundamental nas nossas vidas e no nosso bem estar...

“É uma necessidade física primordial do ser humano para uma boa saúde e uma vida saudável, na qual há uma restauração física que protege o homem do desgaste natural das horas acordadas...”

Tembo (2009)

Sono e Repouso na UCI



Porquê ??

O cliente em UCI não dorme bem!



Sono e Repouso na UCI



Porquê ??

“Em doentes internados em cuidados intensivos a privação de sono é extremamente comum”

Talwar, 2008

“Existe uma grande percentagem de doentes internados em unidades de cuidados intensivos que sofre de perturbações de sono, sendo esta uma das principais queixas manifestadas pelos próprios doentes”

Bitencourt, 2007

Sono e Repouso na UCI



Porquê ??

“A privação de sono, constitui um dos principais fatores que afeta o processo de recuperação, nos doentes internados em unidades de cuidados intensivos, aumentando muitas vezes a morbilidade e mortalidade dos doentes internados”



Eliassen, 2011

Sono e Repouso na UCI



Aspectos a Abordar

- 1 - Sono
- 2 - Arquitectura do Sono
 - 2.1 – Sono NREM
 - 2.2 – Sono REM
- 3 – Indicadores da Qualidade do Sono
- 4 - Perturbações do padrão de Sono
- 5 – Sono na UCI
- 6 – Factores influenciadores do sono
- 7 – Intervenções a adoptar – uma prática de Enfermagem Avançada
- 8 - Bibliografia

Sono e Repouso na UCI



I – Sono



Deriva do latim “Somnu”

Consiste num estado de relaxamento necessário a todos os seres humanos.

Sono e Repouso na UCI



I – Sono

“Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.”

CIPE® 2, 2010



Sono e Repouso na UCI



2 – Arquitectura do Sono

O sono é um estado fisiológico cíclico, caracterizado no ser humano por 5 estágios fundamentais,

4 – NREM

1 – REM

Estes diferenciam-se de acordo com:

- o padrão do eletrencefalograma (EEG);
- presença ou ausência de movimentos oculares rápidos (rapid eye movements : REM);
- mudanças em diversas outras variáveis fisiológicas, como o tónus muscular e o padrão cardio respiratório.

Sono e Repouso na UCI



2 – Arquitectura do Sono

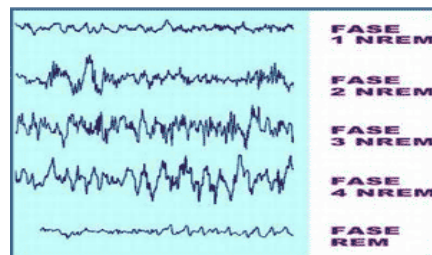
Sleep stages and physiological activity			
	Vigil	NREM sleep	REM sleep
EGG	Fast, low voltage	Slow (slow waves), high voltage	Fast, low voltage
Eye movements	Fast	Slow, Infrequent	Fast
Muscle tone	High	Moderate	Non-existent (with the exception of eye muscles and the diaphragm)

Fonte: <http://www.orthoapnea.com/pt/arquitetura.php>

Sono e Repouso na UCI



2 – Arquitectura do Sono



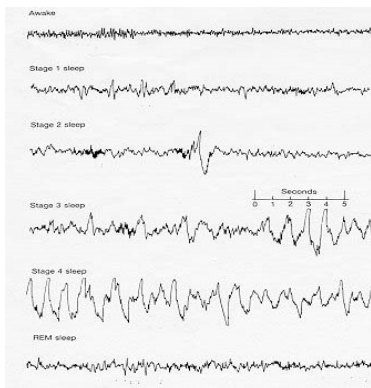
Fonte: <http://www.orthoapnea.com/pt/arquitetura.php>

O EEG mostra que o traçado se torna progressivamente mais lento com o aprofundamento do sono sem movimentos oculares rápidos (Não-REM) e atividade rápida dominante de baixa voltagem, semelhante à da vigília, durante o sono REM

Sono e Repouso na UCI



2 – Arquitectura do Sono



Sono e Repouso na UCI



2 – Arquitectura do Sono

- O adulto experimenta entre **4 a 6 ciclos** completos de sono ao longo de um período de **8 horas**.
- Um ciclo típico de sono compreende **5 estádios** e demora **90 a 110 minutos**.
- Um ciclo noturno previsível de 90 minutos marca a variação entre os 4 estágios do sono Não-REM para o sono REM, descrevendo uma arquitetura característica, com proporções definidas de cada estágio, que variam segundo a faixa etária

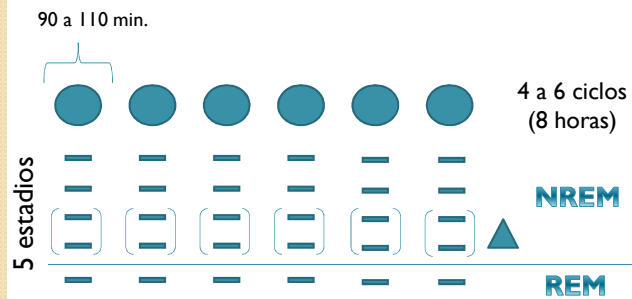


2 – Arquitectura do Sono

- 1º Estádio – Grau muito leve de sono
 - 2º Estádio – Sono mais profundo e mais denso
 - 3º Estádio
 - 4º Estádio
 - 5º Estádio
- Sono de Ondas lentas (ou Sono Delta) –
Os estádios de sono mais densos
- ↓
- O sono mais repouso e recuperador**



2 – Arquitectura do Sono



2 – Arquitectura do Sono

- Estádio I** – Responsável pela transição entre a vigília e o sono – cerca de 10 min depois de adormecer
- Estádio II** – Sono Leve. Duração de poucos minutos
- Estádio III** – Sono Profundo – Cerca de 30 a 60 min.
- Estádio IV** – Sono Profundo – Após 90 min.
- Estádio V (SONO REM)** – Cerca de 5 a 10 min. A fase em que ocorrem os sonhos. Após o sono REM, o ciclo irá recomeçar.

Curiosidade: o recordar ou não dos sonhos depende da fase do sono em que se acorda. Quando mais afastado do sono REM se acorda, menos probabilidade se tem de recordar dos sonhos.



2 – Arquitectura do Sono

2.1 Sono NREM

Composto por 4 estádios, com grau crescente de profundidade.

Caracteriza-se por:

- Relaxamento muscular comparativamente à vigília, porém, mantém-se sempre alguma tonicidade basal.
- Progressiva redução de movimentos corporais
- Aumento progressivo de ondas lentas no EEG (20 a 50% de ondas delta no sono III e mais de 50% no sono IV)
- Ausência de movimentos oculares rápidos
- Respiração e ECG regulares



2 – Arquitectura do Sono

2.2 Sono REM

Caracteriza-se por:

- Hipotonia ou atonia muscular
- Movimentos fásicos e mioclonias multifocais/emissão de sons
- Movimentos oculares rápidos
- EEG com predomínio de ritmos rápidos e de baixa voltagem
- Respiração e ECG irregulares
- Sonhos



2 – Arquitectura do Sono

2.2 Sono REM

• Apesar de ser um estágio profundo no tocante à dificuldade de se despertar o indivíduo nesta fase, exhibe padrão eletroencefalográfico que se assemelha ao da vigília com olhos abertos, ou mesmo do sono NREM superficial, por isso também se chama [sono paradoxal](#).

• Além disto, apesar da atonia muscular que acompanha este estágio, observam-se movimentos corporais fásicos e erráticos, de diversos músculos, principalmente na face e nos membros, bem como emissão de sons.



2 – Arquitectura do Sono

2.2 Sono REM

• Ou seja, apesar da inibição motora, há liberação fásica de atividade muscular de localização multifocal, outro aparente paradoxo.

• No sono REM, a atividade metabólica, avaliada por métodos funcionais e de medida de fluxo sanguíneo cerebral encontra-se aumentada em comparação com a da vigília, em diversas áreas do encéfalo. Isto demonstra que o sono não pode ser entendido necessariamente como um estado de repouso, para economia energética, em comparação com a vigília, como se postulava inicialmente.



3 – Indicadores da Qualidade do Sono

Latência

Eficiência

Duração do Sono



Carter, 2005

Sono e Repouso na UCI



3 – Indicadores da Qualidade do Sono

Latência

- Tempo que demoramos até adormecer
- Não deve ultrapassar os **15 minutos!**



Carter, 2005

Sono e Repouso na UCI



3 – Indicadores da Qualidade do Sono

Eficiência

- Período de tempo passado a dormir a dividir pelo número de horas que a pessoa está na cama
- Deve ser de **85%** - inferior a isto, não é satisfatório para as necessidades básicas

$$\frac{6 \text{ (Nº de horas a dormir)}}{8 \text{ (Nº de horas na cama)}} = 0,75 \times 100 = 75 \%$$

Carter, 2005

Sono e Repouso na UCI



3 – Indicadores da Qualidade do Sono

Duração do Sono

- Deve ser **superior a 7 horas**



Carter, 2005

Sono e Repouso na UCI



4 – Perturbações do padrão de Sono

- ✓ **Fragmentação**
- ✓ **Dessincronização**

Carter, 2005



Sono e Repouso na UCI



4 – Perturbações do padrão de Sono

4.1 - Fragmentação

- Sono não reparador;
- Sempre que a pessoa é acordada, volta ao estadio I (do sono NREM), tendo que voltar aos estadios mais superficiais do sono
- Necessitamos sempre do sono REM para finalizar um ciclo de sono



Carter, 2005

Sono e Repouso na UCI



4 – Perturbações do padrão de Sono

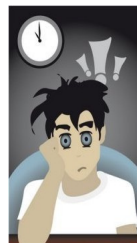
4.1 - Fragmentação

- **Falta de NREM**

Fadiga, apatia, alteração do discurso, ptose, falta de expressão facial, falta de energia, excessiva sonolência, alteração do sistema imunitário

- **Falta de REM**

Agitação, confusão, instabilidade emocional, falta de controle dos impulsos, alucinações



Carter, 2005

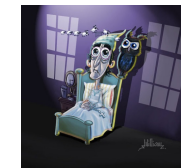
Sono e Repouso na UCI



4 – Perturbações do padrão de Sono

4.2 - Dessincronização

- Alteração dos ritmos de sono (dormir de dia e acordado à noite)
- Irritabilidade, inquietação, depressão, confusão e ansiedade, diminuição da tolerância à dor
- Disfunção da musculatura ventilatória, afectando as trocas gasosas (Honkus, 2003)



Carter, 2005

Sono e Repouso na UCI



5 – Sono na UCI

Primeiros estudos na literatura de enfermagem sobre a dificuldade em dormir numa UCI têm quase 40 anos...

Um pequeno estudo realizado em 9 pacientes concluiu que estes apenas dormiram 2,4 horas em 24 horas (Hilton, 1976)

O mesmo foi demonstrado num estudo similar por Aurell & Elmqvist em 1985, ao concluir que os pacientes dormiam menos de 2 horas em 48 horas.

**Este não é um problema novo,
mas parece ser persistente...**

Sono e Repouso na UCI



5 – Sono na UCI

Doentes demoram muito tempo a adormecer e o sono fica apenas dos estádios I e II do sono NREM (HONKUS, 2003)

Doentes internados em unidades gastam 40 a 50% do tempo total de sono em despertares constantes, ficando apenas 3 a 4% para um sono perfeitamente reparador (HONKUS, 2003)

Verificam-se taxas de 22% de privação do sono para doentes internados em enfermarias e de 61% em doentes de UCI (TAMBURRI, 2004)

O sono a nível hospitalar é mais pobre comparativamente com o sono de casa e as perturbações do sono são mais stressantes (TAMBURRI, 2004)

Sono e Repouso na UCI



5 – Sono na UCI

Segundo Sanz (2012) as alterações de sono que alguns doentes já tinham no domicílio eram exacerbadas no internamento.

Um sono de qualidade é extremamente importante para doentes críticos. A falta de sono nestes doentes está relacionada com uma resposta imune deficitária, desenvolvimento de delirium, um maior tempo de internamento na UCI e um aumento na mortalidade.



Boyko et al, 2012

Sono e Repouso na UCI



5 – Sono na UCI

A resposta fisiológica à privação do sono é explicada pela resposta ao **stress...**

Libertação de Cortisol e Aldosterona

Levando a um aumento da pressão arterial e Imunossupressão



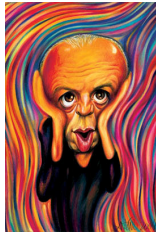
Lusk & Lash, 2005

Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

Factores ambientais como o **ruído**, a presença de **luz** e os **cuidados de enfermagem** foram referidos por Sanz (2012) como sendo dos mais perturbadores do sono.



Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Ruído

Cerca de **57%** dos despertares dos doentes em UCI são devidos ao **ruído** (Xie et al, 2009)

Os níveis de som nas UCI's são mais elevados que o recomendado...

Guidelines OMS para níveis de ruído no hospital:



Não exceder os 40 dB durante a noite

Lawson et al, 2012

Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Ruído



Petterson (2000)

Níveis de ruído à noite – Superiores a 50 dB, com picos entre 80 e 86 dB

Freedman et al (2001)

Níveis de ruído durante o dia – cerca de 59,1 dB, com picos de 85,9 dB

Níveis de ruído durante a noite – 56,8 dB, com picos de 82,8 dB

Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Ruído

Conversa normal – cerca de 60 dB

Grito – perto de 85 dB

Conversas Staff – 59 a 90 dB

Sons do ventilador – 76 dB



Monitorização cardíaca – 72 a 77 dB

Bombas infusoras – 73 a 78 dB



Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Ruído

Os doentes consideraram que o mais perturbador da qualidade do sono era ouvir gente a falar, seguido do ruído dos alarmes e oxímetro. (Sanz, 2012)

Tembo (2009) verificou que o ruído era anunciado como a causa mais comum de perturbação do sono dos doentes, nomeadamente o som dos alarmes, monitores, ventiladores e outros equipamentos, assim como o ruído dos profissionais a falarem.



Sono e Repouso na UCI



“Ruído desnecessário é a mais cruel falta de cuidado que pode ser causado, quer ao doente ou ao são”

Florence Nightingale (1859)



Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Iluminação

Para além do ruído, a luminosidade intensa foi outro dos fatores identificados que mais stress provocava nos doentes, afectando a qualidade de sono.

Proença, 2011



Silva (2011) afirma que, num estudo a nível hospitalar, a maioria dos doentes apresentava dificuldades em dormir, interrupções nocturnas do sono e tinham necessidade de compensar a situação com períodos de sono diurno.

Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Iluminação

Apesar dos níveis de iluminação estarem adequados à noite, durante o dia a iluminação não era suficiente para manter um ritmo circadiano normal. Desta forma os doentes mantinham níveis de melatonina elevados durante o dia o que contribuía para a necessidade de fazerem períodos de sono durante o dia.

Elliott, 2013

Delves (2009) afirma que a melatonina excretada na urina apresenta valores diferentes em pacientes com septicémia dos outros. Isso pode ser um indicativo que um paciente com septicémia tem maior probabilidade de sofrer privação do sono.



Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Factores emocionais



Sentimentos de angústia, causados pelo medo da morte e pela incerteza do que vai acontecer foram os mais apontados pelos doentes que já tinham tido internamentos numa UCI

Proença, 2011

Emoções vivenciadas durante o dia tais como as saudades dos familiares, preocupações com os mesmos e incertezas em relação ao seu futuro podem influenciar a qualidade do sono

Costa, 2013

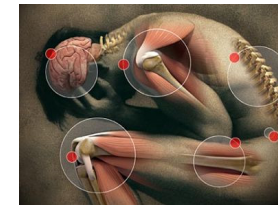
Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Dor

Vários estudos a nível hospitalar tais como os de Silva (2011) e Costa (2013) apontam a dor como perturbadora da qualidade de sono



Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Ventilação Mecânica



- Desconforto do tubo endotraqueal
- Maior stress relacionado com a incapacidade de comunicar
- Dessincronização com o ventilador relacionada com a modalidade ventilatória
 - Estudos sugerem que doentes conectados a prótese ventilatória em **Pressão Controlada** apresentam **maior fragmentação** do sono do que nas modalidades de pressão assistida.



Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Medicação

Bourne & Mills (2004) afirmam que algumas combinações de sedação e analgesia usadas para facilitar a ventilação mecânica, estão entre as que mais influenciam negativamente o sono

Propofol e as benzodiazepinas aumentam o tempo total de sono, mas diminuem os estádios de ondas delta e REM do sono (Trompeo et al, 2011)

Benzodiazepinas e clonidina foram implicadas na abolição do ciclo circadiano e da secreção de melatonina (Frisk et al, 2004)



Sono e Repouso na UCI



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Medicação

Morfina é referida como estimuladora da libertação de melatonina. Mas paradoxalmente os opióides diminuem o tempo total de sono e os estádios de sono mais profundos. (Bourne & Mills, 2004)

O Haloperidol aumenta o tempo total de sono e o sono de ondas delta, mas diminui a sua latência. (Pandharipande et al, 2006)

As drogas vasoactivas (noradrenalina), agentes inotrópicos (dopamina), amiodarona, corticosteróides são já bem conhecidos por causar distúrbios do sono. (Pandharipande et al, 2006)



6 – Factores influenciadores do sono

✓ Medicação

Atenção ao consumo de drogas (tais como cannabis, álcool ou amfetaminas) antes do internamento...



Em suma, um estado de sono induzido farmacologicamente pode à primeira instância parecer um estado natural de sono, mas não vai providenciar os mesmos benefícios fisiológicos do sono verdadeiro.

Delves, 2009



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

- ✓ Avaliar o padrão de sono da pessoa doente
- ✓ Implementar estratégias para prevenir alterações do padrão de sono
- ✓ Criar um ambiente facilitador do sono e repouso
- ✓ Implementar de medidas promotoras de sono e repouso

Mas...como??



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

Controlo de estímulos

Uso de tampões auditivos

Alívio da ansiedade

Evitar interrupções desnecessárias

Promoção do conforto

Assegurar sincronia com VM

Criação de “períodos de repouso”

Alívio da dor

Minimizar o uso de fármacos inibidores de sono

Dennis et al, 2010; Eliot, Mckinley & Cistuli, 2011; Scotto et al, 2009



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

“Períodos de Repouso”

- ✓ Ensino à família sobre o “período de repouso” na admissão
- ✓ Ensino ao cliente no início de cada “período de repouso”
- ✓ Sinalizar o “período de repouso” na entrada da UCI
- ✓ Redução da iluminação
- ✓ Ajuste dos alarmes (adequar os limites aos parâmetros do cliente)
- ✓ Diminuir volume dos telefones
- ✓ Tirar o som aos telemóveis
- ✓ Desligar televisão



Huster et al, 2012; Mostaghimi et al, 2009

Sono e Repouso na UCI



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

“Períodos de Repouso”

- ✓ Baixar os estores
- ✓ Remarcar procedimentos não urgentes
- ✓ Promoção do conforto do doente (posicionamento, sede, ect)
- ✓ Avaliar sincronia com Ventilação Mecânica
- ✓ Analgesia se necessário
- ✓ “Antecipar” mudança de soros e seringas
- ✓ Redução das intervenções de enfermagem ao estritamente necessário



Huster et al, 2012; Mostaghimi et al, 2009

Sono e Repouso na UCI



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

“Períodos de Repouso”



Sono e Repouso na UCI



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

Exemplos a seguir...

Implementação de Períodos de Repouso de uma UCI Centro de Trauma nível I (Seattle)

2 períodos de de repouso:

- Diurno: 14:00 às 16:00
- Nocturno: 0:00 às 02:00

Barreiras iniciais encontradas:

- Resistência do staff ao conceito
- Preocupações relativamente à limitação dos cuidados durante o período de repouso
- Comunicar o processo à equipa multidisciplinar



Sono e Repouso na UCI

Huster et al, 2012



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

Exemplos a seguir...



Implementação de Períodos de Repouso de uma UCI Centro de Trauma nível I (Seattle)

Questionário após implementação:

38 membros Staff: 100% considerou ser benéfico para os pacientes e para eles próprios (redução do stress)

Familiars: aumento de 20% da satisfação relacionada com os níveis de ruído

Monitorização sonora: descida de 10 dB durante o período de repouso

Huster et al, 2012

Sono e Repouso na UCI



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

Exemplos a seguir...



Implementação de Períodos de Repouso na MICU, Duke University Hospital, Durham

Um período de repouso: 14:00 – 16:00

Familiars eram encorajadas a usar esse tempo para refeições, tempo pessoal, descansar

Staff era encorajado para usar esse tempo para documentação, pausas para alimentação, pesquisa / formação contínua

Mostaghimi et al, 2009

Sono e Repouso na UCI



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

Exemplos a seguir...

Implementação de Períodos de Repouso na MICU, Duke University Hospital, Durham

Questionário após implementação:

Staff: 100% afirma ser uma mais valia na prestação de melhores cuidados num ambiente controlado

Familiars: 85 % aprovou o plano



Mostaghimi et al, 2009

Sono e Repouso na UCI



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

Exemplos a seguir...

Implementação de Períodos de Repouso na MICU, Duke University Hospital, Durham

Pacientes – Repouso tão necessário...

Familiars – Pausa marcada

Staff – Ganhou tempo precioso para documentação, pausas e formação contínua



Unidade mais silenciosa

Mostaghimi et al, 2009

Sono e Repouso na UCI



7 – Intervenções a adoptar: uma Prática de Enfermagem Avançada

**AMBIENTE DE TRABALHO
MAIS SAUDAVEL !!**



Sono e Repouso na UCI



Questões ??

Sono e Repouso na UCI



8 - Bibliografia

- Bergamasco E., Cruz D. ALTERAÇÕES DE SONO: diagnósticos frequentes em pacientes internados. Rev. Gaúcha Enfermagem Porto Alegre. 2006; 27(3):356-63
- Bitencourt A., Neves F., Dantas M., Albuquerque L., Melo R., Almeida A., Agareno S., Teles J., Farias A., Messeder O. Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. 2007; 19: 1:53-59
- Boyko, Y.; Ording, H.; Jennum, P.; Sleep disturbances in critically ill patients in ICU: how much do we know?; Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56: 950-958
- Bourne, R. & Mills, G. (2004). Sleep disruption in critically ill patients – pharmacological considerations. Anaesthesia. 59(4), 374-384.
- Carter, Patrícia A.; CLARK, Ângela P. – Assessing and Treating Sleep Problems: in Family Caregivers of Intensive Care Unit Patients. Critical Care Nursing. 25:1 (February 2005), p.16-23.
- Costa S., Ceolim M. Fatores que interferem na qualidade de sono de pacientes internados. Rev. Escola de Enfermagem USP 2013; 47(1):46-52
- Delves, Jillian; Sleep deprivation in the intensive care unit; HNE Handover for Nurses and Midwives, Vol 2, N. 1, 2009, 16-19
- Eliassen K., Hopstock L. Sleep promotion in the intensive care unit – A survey of nurses interventions. Intensive and Critical Care Nursing. 2011; 27, 138-142

Sono e Repouso na UCI



8 - Bibliografia

- Elliot R., Mckinley S., Cistulli P., Fien M., Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observation study, Critical Care, Sydney, 2013; 235-253.
- Freedman N, Gazendam J, Levan L, Pack A, Schwab R.; Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. Am J Respir Crit Care Med. 2001;163:451-457.
- Frisk, U., Olsson, J., Nylen, P. & Hahn, R. (2004). Low melatonin excretion during mechanical ventilation in the intensive care unit. Clinical Science, 107(1), 47-53.
- Huster, Karin; Rovenska, Martina; Stafford, Amy; Implementation of a Quiet Time Period in a Busy Level I Trauma Center's Trauma ICU; CriticalCareNurse, Vol 32, N. 2, April 2012
- Honkus, Vicky L. – Sleep Deprivation. Critical Care Units. Critical Care Nursing Quarterly. 26:3 (2003), p. 179-189.
- Kahn D, Cook T, Carlisle C, Nelson D, Kramer N, Millman R. Identification and modification of environmental noise in an ICU setting. Chest. 1998;114:535-540.
- Lawson N., Thompson K., Saunders G., Saiz J., Richardson J., Brown D., Ince N., Caldwell M., Pope D., Sound Intensity and Noise Evaluation in a Critical Care Unit, America Journal of Critical Care, USA, 2012; 19; 88-98

Sono e Repouso na UCI



8 - Bibliografia

- Lusk, B. & Lash, A. (2005). The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(1), 25-31.
- Mostaghimi, Parvaneh; Niemchak, Stephanie; There's a Kind of Hush... Quiet Time in the MICU; *CriticalCareNurse*, Vol 29, N. 2, April 2009
- Proença M.O., Agnolo C.M., INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: percepção de pacientes. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, Polo Alegre, 2011; 32, 279-86
- Pandharipande P, Ely EV. Sedative and analgesic medications: risk factors for delirium and sleep disturbances in the critically ill. *Crit Care Clin* 2006; 22: 313-27.
- Petterson M. Reduced noise levels in ICU promote rest and healing. *Crit Care Nurse*. 2000;20(5):104.
- Richardson A, Thompson A, Coghill E, Chambers I, Turnock C. Development and implementation of a noise reduction intervention programme: a pre- and postaudit of three hospital wards. *J Clin Nurs*. 2009;18(23):3316-3324.
- Sanz C.A.G. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, Espanha, 2012; 10.001.



8 - Bibliografia

- Silva L.E., Oliveira M.L.C., Inaba W.K. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Revista eletrónica de enfermagem*, 2011; 13(3):521-8
- Soares M.J.R.C. Influência da qualidade de sono na performance dos atletas de alta competição. Artigo de Revisão bibliográfica de Mestrado integrado em Medicina, 2011
- Talwar A., Liman B., Greenberg H., Feinsilver S., Vijayan, V.K. Sleep in the Intensive Care Unit. *The Indian Journal of Chest Diseases & Allied Sciences*. 2008;Vol.50
- Tamburri, Linda M [et al.] – Nocturnal Care Interactions with patients in critical care units. *American Journal of Critical Care*. Aliso Viejo. ISSN 10623264. 13:2 (2004), p. 102-112.
- Tembo A., Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. 2009; 25, 314-322.
- Trompeo AC, Vidi Y, Locane MD, Braghiroli A, Mascia L, Bosma K, Ranieri VM. Sleep disturbances in the critically ill patients: role of delirium and sedative agents. *Minerva Anestesiol* 2011; 77: 604-12.
- Xie H, Kang J, Mills G. The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. *Crit Care*. 2009;13:208. doi: 10.1186/cc7154.

APÊNDICE III – Panfleto “Período de Repouso”



Período de Repouso

- ✓ **Ensino ao cliente no início de cada período de repouso**
- ✓ **Sinalizar o período de repouso na entrada da UCI**
- ✓ **Redução da iluminação**
- ✓ **Ajuste dos alarmes (Baixar volume; adequar os limites aos parâmetros do cliente)**
- ✓ **Diminuir volume dos telefones**
- ✓ **Tirar o som aos telemóveis**
- ✓ **Desligar/diminuir volume da televisão**
- ✓ **Promoção do conforto físico do cliente (posicionamento, temperatura, sede, etc.)**
- ✓ **Avaliar sincronia com Ventilação Mecânica**
- ✓ **Analgesia (SOS)**
- ✓ **Remarcar procedimentos não urgentes**
- ✓ **"Antecipar" mudanças de soros e seringas**
- ✓ **Redução das intervenções de enfermagem ao estritamente necessário**



Enf. David Centeio
Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Universidade Católica Portuguesa – ICS Lisboa

**APÊNDICE IV – Panfleto “Consentimento Informado,
Livre e Esclarecido – Enquadramento Jurídico”**

Código Civil

Artº 219º

O consentimento em saúde deve ser considerado válido seja qual for a forma — **escrita, verbal,** ou mesmo **gestual** se a pessoa se encontrar impossibilitada de falar.

A exigência legal de forma escrita é feita nos seguintes casos:

- Intervenções em saúde mental (electroconvulsivoterapia e intervenções psicocirúrgicas).
- Técnicas de procriação medicamente assistida.
- Esterilização voluntária como método de planeamento familiar.
- Interrupção voluntária da gravidez.
- Participação em ensaios clínicos.
- Realização de testes genéticos.
- Doação de órgãos em vida.



O consentimento informado é uma manifestação de respeito pelo doente enquanto ser humano. Assegura não só a protecção do doente contra a sujeição a tratamentos não desejados, como uma participação activa na definição dos cuidados de saúde a que é sujeito.

Sem o consentimento livre e esclarecido do doente, os cuidados prestados são uma ofensa corporal, punida pelo nosso Código Penal e só este consentimento anula a ilicitude de intervir sobre o corpo de outra pessoa.



A prática clínica tendo por base o consentimento livre e esclarecido é uma forma de garantir níveis elevados de satisfação dos utentes, melhora a forma de combate à negligência e assegura os níveis de qualidade na prestação de cuidados de saúde.



Universidade Católica Portuguesa — ICS Lisboa
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enf. David Centeio

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido



Enquadramento Jurídico

Outubro, 2014

ENQUADRAMENTO JURÍDICO

Na União Europeia

- Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, Artigo 3º - Direito à integridade do ser humano - “no domínio da medicina e biologia, devem ser respeitados, designadamente o consentimento livre e esclarecido da pessoa, nos termos da lei.”

Em Portugal

- Lei de Bases da Saúde, Base XIV, nº1, alínea b) - os utentes têm direito a “decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei”.
- Convenção Sobre os Direitos de Homem e a Biomedicina - Cap. II - artigos 5º ao 9º.
- Código Penal - artigos 150º, 156º e 157º.



Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina

Capítulo II

Artº 5º—Regra Geral

- Qualquer cuidado de saúde que seja prestado necessita do consentimento da pessoa que vai receber os cuidados.
- O profissional de saúde, para além da transmissão de informação, deve garantir que haja validação e compreensão da informação que foi transmitida.
- **4 requisitos** que a informação a transmitir deve conter: o **objectivo** da intervenção; a sua **natureza**; **consequências** e os **riscos** inerentes ao acto que se vai realizar.

- A pessoa a quem estão a ser prestados os cuidados pode, a qualquer momento e de qualquer forma, mudar a sua decisão sobre o consentimento dado.
- O consentimento é dado pela pessoa que vai receber os cuidados e não por terceiros, como por exemplo os familiares. As excepções a esta regra são reguladas no artigo 6º.

Artº 6º

- São definidas as regras essenciais para a obtenção do consentimento em menores e adultos com alteração da consciência.
- É definido o critério de “benefício direto” - o profissional age sem a intervenção de terceiros.
- No caso dos menores são introduzidos os critérios de autorização do representante legal e opinião do menor.
- No caso de maiores com alteração crónica ou aguda do estado de consciência utiliza-se o já referido benefício direto e ainda autorização do representante legal e opinião da pessoa em causa, na medida das suas capacidades.
- Define a prestação de toda a informação à pessoa que autoriza e consente em representação de outrem.
- Estabelece a possibilidade de revogação da autorização dada.

Artº 7º

- Consagra o direito ao consentimento para as pessoas com doença mental grave.

Artº 8º

- Garante a prestação de cuidados de saúde quando a pessoa não se encontra consciente, especificando as situações de urgência, e abrangendo também as pessoas com doença mental.

Artº 9º

- Prevê que deve ser tida em consideração a vontade anteriormente manifestada.

Código Penal

Artº 150º

- Define como crime de ofensa à integridade física a intervenção de saúde que não seja realizada de acordo com as melhores práticas e conhecimento científico atualizado, e que coloque em perigo a vida, o corpo, ou a saúde de uma pessoa.

Artº 156º

- Determina que as intervenções de saúde são consideradas crime contra a liberdade pessoal, se não for obtido o consentimento.
- Determina as excepções: situações de urgência e situações em que o plano terapêutico foi alterado e não é possível obter o consentimento para as novas intervenções.
- Tipifica como crime as situações em que o profissional aja com negligência grosseira.
- Define que para haver lugar a responsabilidade criminal, é necessário haver queixa.

Artº 157º

- Estabelece o dever de informar do profissional de saúde, de modo a obter o consentimento, tal como se encontra também prescrito nos códigos deontológicos destes profissionais.
- Define ainda a dispensa do dever de informar, sempre que a informação possa ser prejudicial à pessoa.

De acordo com o artigo 84.º do Código Deontológico dos Enfermeiros:

“...os enfermeiros têm o dever de informar e de obter consentimento para a realização de intervenções de enfermagem, sendo que as pessoas têm direito a aceder à informação, num formato apropriado e ao nível da sua própria escolha, que lhes permite participar activamente de modo informado, em decisões sobre a sua saúde.”

**APÊNDICE V – Panfleto “Sono e Repouso no Cliente
com TCE”**

Frente

Sono e Repouso no cliente com TCE

O impacto do TCE no cliente inclui distúrbios neurocognitivos, comportamentais e psiquiátricos.

Os distúrbios do sono nestes clientes podem iniciar ou exacerbar um vasto conjunto de comorbilidades.

30 a 70% dos clientes com TCE apresentam distúrbios de sono.

De modo a otimizar a reabilitação e melhorar os resultados funcionais dos clientes com TCE, torna-se imperativa a implementação de guidelines clínicas baseadas na evidência.



Sono e Repouso no cliente com TCE

Guidelines

Objetivos

- Providenciar um ambiente favorável ao sono e repouso
- Ajudar o cliente a aprender e implementar estratégias não farmacológicas

- Informar o cliente da hora de dormir
- Reduzir a iluminação, fechar as cortinas
- Ajustar os alarmes - reduzir o volume e adequar os limites aos parâmetros do cliente
- Diminuir o volume dos telefones e silenciar os telemóveis
- Incentivar a higiene oral e facial antes de dormir
- Promover o conforto físico do cliente: posicionamento, hidratação, temperatura
- Ensinar e reforçar técnicas de relaxamento - ex: relaxamento muscular progressivo
- Aplicar técnicas terapêuticas comportamentais cognitivas
- Administrar analgesia antecipadamente, se necessário, e em SOS
- Minimizar interrupções durante a noite, remarcando procedimentos não urgentes e reduzindo as intervenções de enfermagem ao estritamente necessário
- Registrar o padrão de sono
- Acordar o cliente de manhã, abrir as cortinas, ligar as luzes
- Providenciar alimentação rica em proteínas e boa hidratação, evitando demasiada ingestão de água à noite e de cafeína após o lanche
- Encorajar e contribuir para a restrição de sono durante o dia

**APÊNDICE VI – Formação “Infecções Associadas aos
Cuidados de Saúde no Bloco Operatório – Prevenção e
Controlo”**



Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) no Bloco Operatório...

Prevenção e Controlo



Dezembro 2014

Enf. David Centeio

Comissão de Controlo de Infecção

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

O que são?

- ✓ Condição sistémica resultante de reacção adversa à presença de agente infeccioso ou sua toxina
- ✓ Decorre como consequência de qualquer acto de prestação de cuidados de saúde ...



Deve ser evidente que a infecção não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar.

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Importância?

- ✓ Principal evento adverso
- ✓ Causa Major de morbilidade e mortalidade
- ✓ Impacto Económico
- ✓ Aumento do tempo de internamento – 5 a 10 dias
- ✓ 1,4 milhões de pessoas sofrem de IACS
- ✓ São evidência da qualidade dos cuidados de saúde prestados



Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Prevalência

- ✓ Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção de 2009 a 114 Hospitais portugueses

↳ 9,8%

- ✓ Inquérito Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses de 2012 a 43 Hospitais portugueses

↳ 10,6%



Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

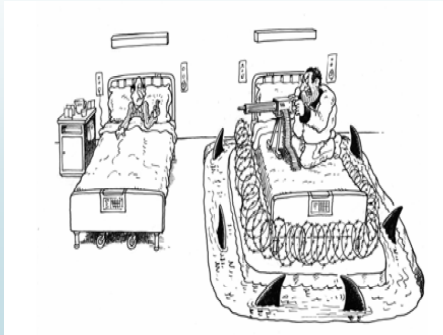
O que fazer ??

Avaliar

Microorganismo?

Via de Transmissão?

Procedimento a realizar?



Prevenir

Precauções Básicas

Precauções Adicionais

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

Higiene das Mãos



- As mãos são o principal veículo de transmissão de infecção cruzada
- Podemos reduzir cerca de 1/3 das IACS com uma correcta lavagem das mãos



Protege

- Utente
- Profissional
- Familiar / Visitas

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

Higienize suas Mãos



Técnicas de Higienização das Mãos

Fricção anti-séptica das mãos



1a Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir toda a superfície.



1b Molhe as mãos com água. Aplique sabão suficiente para cobrir toda a superfície das mãos.



2 Esfregue as palmas das mãos uma na outra.



3 Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice-versa.



4 As palmas das mãos com dedos entrelaçados.



5 Pare de três a cinco dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados.



6 Esfregue o polegar esfregando em sentido rotativo, alternando no palma direita e vice-versa.



7 Esfregue radialmente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice-versa.



8 Enxague as mãos com água.



9 Seque bem as mãos com um toalhete descartável.



10 Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual.



11 Uma vez secas, as mãos estão seguras.



12 Aperte as suas mãos entre seque-as.

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

SABA (Solução Antiséptica de Base Alcoólica)

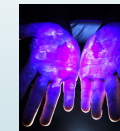
- Reduz ou inibe o crescimento de microrganismos
- Acção rápida
- Largo espectro de actividade
- Mais acessível no local de prestação e cuidados

20 a 30 s.

Higienização correcta = técnica certa + tempo certo !!

Vs.

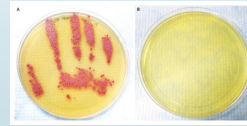
ÁGUA E SABÃO



- Sempre que as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica
- Infecção por *Clostridium difficile*

40 a 60 s.

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo



É tão importante a técnica de execução como os momentos para sua realização.

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo



Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

ATENÇÃO: O uso de luvas não dispensa a necessidade de higienizar as mãos !!

Proceder à Higienização das Mãos **ANTES e DEPOIS** do uso de luvas

LUVAS SEM HIGIENE DAS MÃOS
↓ = ↓
TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS



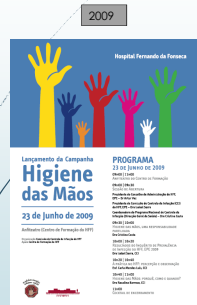
Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

O uso de luvas **NÃO** é sempre necessário na prestação de cuidados ao doente.

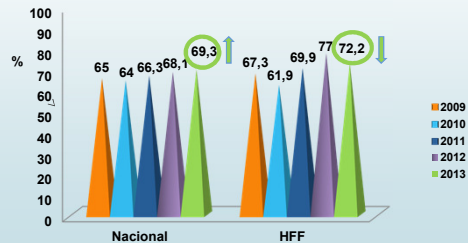
Exposição indirecta ao Utente		Exposição directa ao Utente
<ul style="list-style-type: none"> • Telefone • Registos • Terapêutica oral • Oxigenoterapia • Mudança roupa cama 		<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais • Medicação SC e IM • Manipulação de acessos venosos na ausência de sangue • Posicionamento / levante do utente • Transporte de utente
<ul style="list-style-type: none"> • Esvaziamento de recipientes com fluidos orgânicos • Manipulação / limpeza instrumentos • Manipulação de resíduos • Limpeza de fluidos corporais 		<ul style="list-style-type: none"> • Contacto com sangue, membranas, mucosas e pele não íntegra • Situações de emergência • Colocação / remoção de acesso vascular • Colheitas de sangue

FONTE: FO – CCI 2012/2013

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo



Adesão: Nacional/Hospital



FONTE: FO - CCI 2014

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

Infecções do Trato Urinário

As infecções do trato urinário são as infecções mais frequentes, sendo responsáveis por mais de 40% das IACS

➤ Efeitos negativos da Cateterização Vesical:

- Interferências com barreiras anatómicas
- Anula a acção de eliminação
- Acesso directo de microorganismos à bexiga
- Substrato para crescimento de biofilmes (reservatório de agentes patogénicos)

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

Factores de Risco



Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

A relembrar...

☐ Na inserção do cateter vesical

- ✓ A limpeza do meato urinário é feita com **SORO FISIOLÓGICO**
- ✓ Proceda-se à imobilização do cateter vesical, fixando-o com adesivo:



Região superior da coxa ou região infra-abdominal



Face interna da coxa

A relembrar...

❑ Na manutenção do cateter vesical

- ✓ Lavar diariamente / SOS região perineal e genital com água e sabão
- ✓ O meato urinário deve ser limpo com **SORO FISIOLÓGICO** (Técnica Asséptica)
- ✓ Manter o saco de drenagem sempre abaixo do nível da bexiga e em suporte que previna contacto do saco e válvula de despejo com o chão

A relembrar...

❑ Na manutenção do cateter vesical

- ✓ O despejo do saco realiza-se quando estiver a **meio** da sua capacidade, para um saco de esvaziamento individual
- ✓ O saco de drenagem SÓ deve ser substituído:
 - . Aquando da substituição do cateter vesical
 - . Danificado ou com fugas
 - . Cheiro desagradável
 - . Acumulação de sedimento e/ou coágulos
 - . **Se houver desconexão acidental do saco**

A relembrar...

Se houver desconexão acidental do saco



Desinfecção com álcool 70°

Cateter Vascular Central (CVC)

- Cerca de metade das infecções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) têm como origem dispositivos invasivos sendo os mais frequentes: CVC, ventilação mecânica e algaliação. A via de transmissão é essencialmente de *causa exógena*, pelo que se tratam de **infecções evitáveis**
- A maioria das INCS adquiridas no hospital está associada ao uso de cateteres vasculares centrais, com taxas de bacteriemia substancialmente mais elevadas do que nos doentes sem cateter

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

A relembrar...

☐ Manipulação e manutenção do CVC

- Higienizar as mãos antes e após a manipulação do CVC;
- Manter os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados



Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

A relembrar...

☐ Manipulação e manutenção do CVC

- Substituir o sistema, conexões e prolongamentos:
 - **logo que termine a perfusão de sangue ou derivados;**
 - onde perfundiram emulsões lipídicas isoladas, como o Propofol, até 12h após o início da perfusão;
 - a cada **96h** em doentes que não recebam sangue, derivados do sangue ou emulsões lipídicas
 - onde perfundiu Nutrição Parentérica até 24h após o início da perfusão;

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

A relembrar...

☐ Manipulação e manutenção do CVC

- Na substituição de sistemas de administração de fluidoterapia:
 - ✓ Proceder à desinfeção com anti-séptico de base alcoólica (ex. Cutasept®) nas zonas de conexão;
 - ✓ Colocar as zonas de conexão sob campo estéril (ex: compressas esterilizadas), de forma a assegurar a assépsia;
 - ✓ Identificar o sistema com data de colocação;
 - ✓ Registos



Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

A relembrar...

☐ Manipulação e manutenção do CVC

- Na administração de terapêutica EV
 - ❖ Desinfectar os acessos das torneiras ou obturadores com anti-séptico de base alcoólica (ex: Cutasept®)
- Na colheita de sangue pelo CVC (*Não recomendado*)
 - ❖ Desinfectar os acessos das torneiras ou obturadores com anti-séptico de base alcoólica (ex: Cutasept®)

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

A relembrar...

- ☐ Penso do CVC

Quando substituir??

- ✦ Se o penso estiver húmido, descolado ou visivelmente sujo;
- ✦ Penso estéril opaco com compressas → **2 em 2 dias**
- ✦ Penso estéril semipermeável transparente → **7 em 7 dias**

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

A relembrar...

- ☐ Penso do CVC

Na mudança do penso...

- Utilizar um anti-séptico de base alcoólica para desinfecção do local de inserção do cateter (ex. Cutasept®). *O desinfetante deve secar totalmente sem utilização de compressas para proporcionar o máximo de actividade anti-séptica;*
- Efectuar registos



Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

Precauções baseadas nas vias de transmissão

- Contacto
- Gotículas
- Aerossóis



- ✓ São usadas quando as Precauções Básicas por si só não interrompem a Cadeia de Transmissão
- ✓ Doenças com mais de uma Via de Transmissão podem requerer mais de uma categoria de Precaução

NÃO DISPENSAM USO DE PRECAUÇÕES BÁSICAS!

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

Isolamento de Contacto



Isolamento Transmissão Gotículas



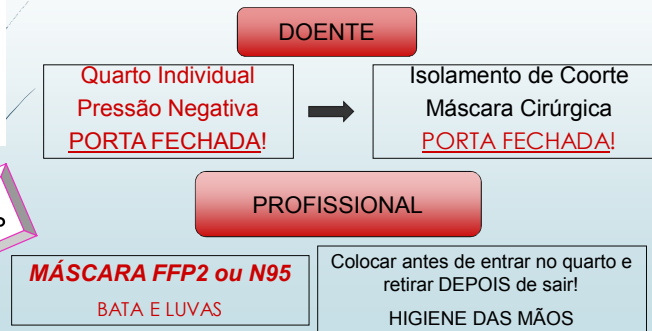
Sinalizar Isolamento



Isolamento Transmissão Aerossol

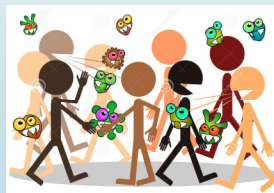


Sinalizar Isolamento



Transporte do Doente em Isolamento

1. Limitar a circulação do doente
2. Assegurar que as áreas colonizadas / infectadas estão cobertas
3. Usar barreiras adequadas no doente
4. **Avisar o pessoal / serviço que recebe o doente**



Transporte do Doente

➤ Isolamento Contacto

O **PROFISSIONAL** deve:

- ✓ Assegurar que áreas infectadas ou colonizadas se encontram devidamente cobertas e protegidas
- ✓ Fazer a Higiene das mãos
- ✓ Bata e Luvas

Transporte do Doente

➤ Isolamento Transmissão Gotículas

DOENTE deve usar **máscara cirúrgica**
Deve ser ensinado a fazer Higiene Respiratória

PROFISSIONAL que contacta com o doente a uma distância < 1 m deve usar **máscara cirúrgica**
BATA E LUVAS

Transporte do Doente

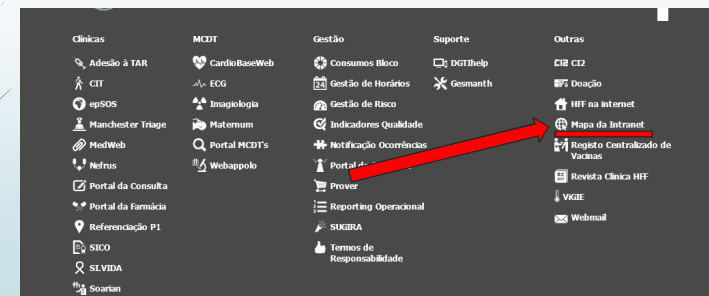
➤ Isolamento Transmissão Aerossol

DOENTE deve usar **máscara cirúrgica**
Deve ser ensinado a fazer Higiene Respiratória
Se tiver lesões cutâneas – cobrir de forma a prevenir aerosolização / contacto

PROFISSIONAL deve usar **máscara FFP2 ou N95**
BATA E LUVAS



Consulta de Procedimentos e Material de Apoio...



Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

Consulta de Procedimentos e Material de Apoio...

Mapa do Site

Bibliotecas <ul style="list-style-type: none">• Página de Site• Biblioteca?	Base de Conhecimento <ul style="list-style-type: none">• Upload de Vídeos
Listas <ul style="list-style-type: none">• Lista de Alertas• Lista de Configurações• Learning Portal Settings	Bibliotecas <ul style="list-style-type: none">• Vídeos da Base de Conhecimento
Imagens <ul style="list-style-type: none">• Ícones para avaliações• Imagens Menu Audiolínguas• Imagens de Background	Imagens <ul style="list-style-type: none">• Imagens Menu Audiolínguas
	Centro de Documentação e Informação <ul style="list-style-type: none">• Revistas Online• Livros Online• Anúncio de Publicações
	Imagens <ul style="list-style-type: none">• Banner CDE
	Bibliotecas <ul style="list-style-type: none">• Páginas
	Listas <ul style="list-style-type: none">• Recursos Online• Tipo Recursos• Livros Online
	Sistema de Gestão da Qualidade
	Directorio de Eventos e Formações <ul style="list-style-type: none">• Simposio do Serviço de Paquetaria• Paquetaria de urgência do hospital à comunidade• Sirenozo do Cancro da Próstata

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde no Bloco Operatório...Prevenção e Controlo

Consulta de Procedimentos e Material de Apoio...

Documentos da Qualidade

<input type="checkbox"/>	Tipo	Nome
<input type="checkbox"/>		Tema : Anatomia Patológica (10)
<input type="checkbox"/>		Tema : Anestesiologia (7)
<input type="checkbox"/>		Tema : Bloco Operatório Central (5)
<input type="checkbox"/>		Tema : Centro de Documentação e Informação (10)
<input type="checkbox"/>		Tema : Comissão Aleitamento Materno (13)
<input type="checkbox"/>		Tema : Comissão de Auditoria Clínica (2)
<input type="checkbox"/>		Tema : Comissão de Controlo de Infecção (CCI) (90)
<input type="checkbox"/>		Categoria : Documentos de Apoio (3)
<input type="checkbox"/>		Categoria : Instruções de Trabalho (3)
<input type="checkbox"/>		Categoria : Políticos (8)
<input type="checkbox"/>		Categoria : Procedimentos (46)
<input type="checkbox"/>		Tema : Comissão de Farmácia e Terapêutica (6)
<input type="checkbox"/>		Tema : Comissão de Gestão de Camas e de Altas (17)
<input type="checkbox"/>		Tema : Comissão de Informatização Clínica (2)

QUESTÕES ??



Obrigado !

ANEXOS

**ANEXO I – Checklist para colocação e remoção de
EPI – Nível de protecção 3**

Nível de proteção 3

Procedimentos que impliquem um risco adicional ao descrito no Nível de proteção 2

A) Colocação

	Passo	Check
1.	Confirmar que não existem adornos ou objetos pessoais ou clínicos	
2.	Higienizar as mãos com água e sabão ou na indisponibilidade utilizar SABA	
3.	Vestir as calças e a túnica, tipo "fato de bloco operatório"	
4.	Colocar a touca	
5.	Colocar a máscara FFP3 (segundo as recomendações do fabricante)	
6.	Colocar os óculos de proteção	
7.	Vestir o fato de proteção integral, incluindo o capuz	
8.	Colocar os cobre-calçado	
9.	Colocar as botas de borracha que seja de uso exclusivo do local de trabalho	
10.	Colocar os cobre-botas até ao nível do joelho por cima do fato de proteção integral	
11.	Vestir a bata	
12.	Colocar a cogula	
13.	Colocar a viseira de proteção facial total	
14.	Higienizar as mãos com água e sabão ou na indisponibilidade utilizar SABA	
15.	Colocar o primeiro par de luvas de nitrilo por baixo do punho do fato de proteção integral	
16.	Colocar o segundo par de luvas que cubram o punho da bata e do fato de proteção integral	

B) Remoção

	Passo	Check
	No quarto/ área de isolamento	
1.	Higienizar as luvas com álcool etílico a 70° (etanol 70°)	
2.	Retirar o segundo par de luvas	
3.	Colocar um segundo par de luvas novo	
4.	Retirar a viseira de proteção facial total de trás para a frente	
5.	Retirar a cogula de trás para a frente	
6.	Retirar os cobre-botas (um a um) colocando os pés com a bota calçada na área delineada e considerada como "limpa", utilizando para tal um tapete impregnado com desinfetante	
7.	Higienizar as luvas com álcool etílico a 70° (etanol 70°)	
8.	Retirar a bata (tocando apenas pelo interior, garantindo que fica do avesso) e o segundo par de luvas	
9.	Colocar um segundo par de luvas novo	
10.	Sair para antecâmara ou adufa	

	Na antecâmara ou adufa	
11.	Higienizar as luvas com álcool etílico a 70º (etanol 70º)	
12.	Retirar o segundo par de luvas	
13.	Colocar um segundo par de luvas novo	
14.	Abrir totalmente o fecho do fato de proteção integral	
15.	Higienizar as luvas com álcool etílico a 70º (etanol 70º)	
16.	Retirar o segundo par de luvas	
17.	Colocar um segundo par de luvas novo	
18.	Remover o fato de proteção integral juntamente os cobre-calçado	
19.	Higienizar as luvas com álcool etílico a 70º (etanol 70º)	
20.	Retirar o segundo par de luvas	
21.	Colocar um segundo par de luvas novo	
22.	Retirar as botas de borracha e descontaminar	
23.	Higienizar as luvas com álcool etílico a 70º (etanol 70º)	
24.	Colocar um segundo par de luvas novo	
25.	Colocar um segundo par de luvas novo	
26.	Retirar os óculos de proteção	
27.	Higienizar as luvas com álcool etílico a 70º (etanol 70º)	
28.	Remover o segundo par de luvas	
29.	Remover a touca e a máscara num gesto único de trás para a frente	
30.	Higienizar as luvas com álcool etílico a 70º (etanol 70º)	
31.	Remover o primeiro par de luvas	
32.	Higienizar as mãos com água e sabão ou na indisponibilidade utilizar SABA	

Nota: As recomendações para descontaminação da antecâmara ou adufa e das botas de borracha constam da Orientação “Descontaminação e Gestão de resíduos”.

**ANEXO II – Técnica para colocação e remoção de
Luvas**

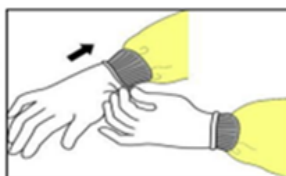
ANEXO 2

TÉCNICA PARA COLOCAÇÃO E REMOÇÃO DE LUVAS

Colocar as luvas:

- Higienizar as mãos;
- Selecionar o tipo e dimensão adequada das luvas;
- Inserir as mãos nas luvas, tendo o cuidado de as ajustar até ao seu limite (no caso de estar com uma bata, deverá sobrepor às mangas desta) (ver Figura 1).

Figura 1: Colocar as luvas



Remover as luvas:

- Puxar pela extremidade exterior da 1ª luva perto do punho (Ver Figura 2);
- Retirar a 1ª luva de modo a que fique o lado interior para fora;
- Segurar a 1ª luva com a mão oposta ainda calçada (ver Figura 3);
- Puxar pela extremidade interior da 2ª luva;
- Retirar a 2ª luva pelo seu interior envolvendo a 1ª luva, formando assim um "saco" com as duas luvas (ver Figura 4);
- Depositar as luvas no contentor de resíduos, adequado à situação (equiparado a urbano, risco biológico ou risco químico).

Fig.ª 2

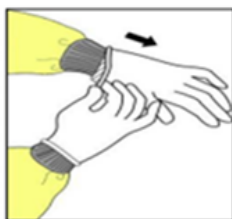
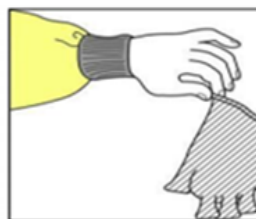


Fig.ª3



Fig.ª 4



Fonte: Traduzido e adaptado de OMS: "Glove Use Information Leaflet". Patient Safety, a World Alliance for Safer Health care. 2009²⁶.

Norma nº 013/2014 de 25/08/2014