



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

# **DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA À HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO**

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

Por

Joana Filipa Ferreira Sequeira

Porto – março, 2023





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

# **DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA À HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO**

## **FROM SPECIALIZED INTERVENTION TO HUMANIZATION OF CARE: THE ROLE OF COMMUNICATION**

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

Por

Joana Filipa Ferreira Sequeira

Sob a orientação de Prof<sup>a</sup> Doutora Maria Helena Penaforte

Porto – março, 2023



## RESUMO

**Introdução:** Este relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no plano curricular do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

**Objetivo:** Foi elaborado com o objetivo de analisar e descrever as competências de mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica adquiridas, contribuir para a construção do saber em Enfermagem e evoluir a nível profissional e pessoal, tendo em conta a prática informada na evidência, refletida e fundamentada, servindo de espelho ao trabalho desenvolvido no Serviços de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência.

**Metodologia:** Recorre a uma metodologia essencialmente crítico-reflexiva e descritiva tendo por base a mais recente evidência científica. Estruturalmente, divide-se em três capítulos principais, precisamente: “Um contributo para o desenvolvimento de competências para o cuidado especializado”, “Aquisição e desenvolvimento de competências para o cuidado de enfermagem especializado” e “Da intervenção especializada à humanização dos cuidados: o papel da comunicação”. O primeiro capítulo explica e reflete sobre o estágio realizado no primeiro ano deste curso de mestrado, abordando as competências previamente adquiridas. O segundo capítulo, por sua vez, integra dois subcapítulos, onde inicialmente, é elaborada uma breve caracterização dos contextos clínicos de estágio e, posteriormente, uma análise crítico-reflexiva e fundamentada das atividades desenvolvidas na aquisição e desenvolvimento de competências adquiridas nos contextos de estágio. No terceiro capítulo e último capítulo, é apresentada uma reflexão fundamentada sobre a temática que serviu de fio condutor para a construção deste percurso.

**Resultados:** Durante a passagem pelo Serviço de Medicina Intensiva e pelo Serviço de Urgência desenvolveram-se competências ao nível do cuidar da pessoa em situação crítica e sua família, especificamente, competências comunicacionais verbais e não-verbais, que alicerçadas ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e a sua família, tornam-se fundamentais para a prestação de cuidados especializados de qualidade; competências a nível da gestão dos cuidados e recursos - inerentes à necessidade de promover ambientes de prática de enfermagem favoráveis; competências a nível da promoção de estratégias de prevenção e controlo de infeção, e também ao nível do domínio das aprendizagens, onde fui promotora da mudança e agente proativa na investigação ao produzir trabalhos científicos, partilhando os resultados com as equipas.

**Conclusão:** Este relatório contribuí para a reflexão da intervenção do Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados humanizados, tendo em conta o papel fundamental da comunicação terapêutica para a qualidade dos cuidados prestados. Todos os objetivos delineados foram atingidos, ficando registado neste relatório o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências relacionadas com a pessoa em situação crítica e sua família.

**Palavras-chave:** Enfermagem médico-cirúrgica; Pessoa em situação crítica; Família; Humanização de cuidados; Comunicação terapêutica



## ABSTRACT

**Introduction:** This internship report is part of the course unit "Final Internship and Report", integrated into the curricular plan of the 15th Master's Degree Course in Nursing, specializing in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Critical Condition, of the Institute of Health Sciences, Universidade Católica Portuguesa. **Objective:** It was developed with the purpose of analyzing and describing the acquired competencies of Master and Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, contributing to the construction of nursing knowledge and evolving at a professional and personal level, taking into account evidence-informed, reflected and reasoned practice, serving as a mirror to the work developed in the Intensive Care Medicine and Emergency Services. **Methodology:** It uses a critical-reflective and descriptive methodology based on the most recent scientific evidence. Structurally, it is divided into three main chapters, namely: "A contribution to the development of skills for specialized nursing care", "Acquisition and development of skills for specialized nursing care", and "From specialized intervention to humanization of care: the role of communication". The first chapter explains and reflects on the internship carried out in the first year of this master's course, addressing the previously acquired skills. The second chapter, in turn, is composed of two subchapters, which initially provide a brief characterization of the clinical contexts of internship and, subsequently, a critical-reflective and reasoned analysis of the activities carried out in the acquisition and development of skills acquired in the internship contexts. The third and final chapter presents a reasoned reflection on the theme that served as a common thread to build this journey. **Results:** During my time at the Intensive Care Unit and Emergency Department, I developed skills in caring for critically ill patients and their families, specifically verbal and non-verbal communication skills, which, based on the establishment of a therapeutic relationship with the patient and his/her family, are essential for the provision of quality specialized care; care and resource management skills - inherent to the need to promote favorable nursing practice environments; skills in the promotion of infection prevention and control strategies, and also in the field of learning, where I was a promoter of change and a proactive agent in research by producing scientific work and sharing the results with the teams. **Conclusion:** This report contributed to the reflection on the intervention of the Nurse Specialist in the provision of humanized care, taking into account the key role played by therapeutic communication in the quality of care. All the objectives set out were met, and this report records the path of acquisition and development of skills related to critically ill patients and their families.

**Keywords:** Medical-surgical nursing; Person in critical situation; Family; Humanization of care; Therapeutic communication



“Se você falar com um homem numa linguagem  
que ele compreende, isso entra na cabeça dele.  
Se você falar com ele em sua própria linguagem,  
você atinge seu coração”,

Nelson Mandela



## AGRADECIMENTOS

Às minhas avós, obrigado por terem deixado ficar comigo toda a inspiração, criatividade, empenho, respeito e valores que pautaram a vossa vida e as vossas relações com os outros.

À minha família por estar sempre presente, pelo seu amor incondicional, compreensão e por acreditarem sempre em mim e no meu valor.

Ao meu namorado pelo apoio incansável, pela confiança, pela paciência, pelo companheirismo e o carinho que sempre me demonstrou.

A todos os meus amigos, em particular à C. R., à J. M. e ao G. G. pelo apoio incondicional e motivador desde o princípio até ao fim deste percurso formativo.

Aos meus colegas de trabalho pela enorme ajuda, incentivo e compreensão, em particular à A. R., à C. V., ao A. G. e ao T. P.

Aos meus colegas da especialidade, em particular à J. T., pelos momentos de partilha, de incentivo e de suporte, bem como pela amizade que fica para a vida.

Aos enfermeiros tutores de estágio que me acompanharam neste percurso, pelos momentos de partilha, espírito de interajuda e sugestões pertinentes, bem como pelo tempo disponibilizado.

À Professora Doutora Maria Helena Penaforte pela orientação e apoio na aprendizagem.

A todos vocês,

O meu eterno OBRIGADO!



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>APE</b>	Ambientes para a prática de enfermagem
<b>CVC</b>	Cateter Venoso Central
<b>DGS</b>	Direção Geral-Saúde
<b>EE</b>	Enfermeiro Especialista
<b>EMC</b>	Enfermagem Médico-cirúrgica
<b>IACS</b>	Infeções associadas aos cuidados de saúde
<b>NOC</b>	Norma de Orientação Clínica
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>PAI</b>	Pneumonia Associada à Intubação
<b>PNSD</b>	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
<b>PSC</b>	Pessoa em Situação Crítica
<b>UCI</b>	Unidade de Cuidados Intensivos
<b>UCICT</b>	Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica
<b>SMI</b>	Serviço de Medicina Intensiva
<b>SPICI</b>	Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos
<b>SU</b>	Serviço de Urgência



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1. UM CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO</b> .....	19
<b>2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO</b> .....	23
2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA.....	24
2.2 ANÁLISE DESCRITIVA E REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	25
<b>3. DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA À HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO</b> .....	47
<b>CONCLUSÃO</b> .....	55
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	57
<b>APÊNDICES</b> .....	65
APÊNDICE I – Projeto de Estágio .....	67
APÊNDICE II – Revisão Integrativa da Literatura: “Intervenções Autônomas de Enfermagem para a Promoção do Sono da Pessoa em Situação Crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos” .....	87
APÊNDICE III – Norma de Orientação Clínica “Promoção do Sono da Pessoa em Situação Crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos”.....	129
APÊNDICE IV – Formação acerca “Promoção do Sono da Pessoa em Situação Crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos” .....	143
APÊNDICE V – <i>Checklist</i> para Intubação Endotraqueal .....	155



## INTRODUÇÃO

A enfermagem cuida do outro numa perspetiva humana e holística, em todas as suas dimensões, face às suas necessidades humanas básicas, aliando a arte do cuidar à ciência (Costa & Gonçalves, 2021).

Aqui, insere-se o conceito do cuidado humanizado, onde os enfermeiros conjugam o acolhimento à utilização da melhor tecnologia disponível, destacando a criação de uma relação empática e a promoção de um cuidado individualizado, com o objetivo de oferecer as melhores condições de vida à pessoa e à sua família (Silveira & Contim, 2015). Interligado a este conceito, surge a comunicação, uma vez que é considerada como uma das características importantes que define a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem (Campos, 2017).

Atualmente, a maioria da população portuguesa encontra-se cada vez mais informada sobre os seus direitos, exigindo o máximo de respeito pelos mesmos, especialmente quando se trata de cuidados de saúde. Esta situação exige, por parte dos enfermeiros, um aperfeiçoamento das competências comunicacionais, destacando assim, o papel fundamental do enfermeiro especialista (EE), como uma mais-valia na implementação de cuidados especializados e de qualidade.

Nos serviços de cuidados intensivos e urgência, a comunicação tem um papel de destaque, devendo ser considerada pela equipa de enfermagem como um momento fundamental e decisivo na prática dos cuidados perante a pessoa em situação crítica (PSC) e sua família.

Por definição a PSC é *“...aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica...”* (Regulamento n.º 361, 2015, p. 17240). Os enfermeiros devem valorizar não só as queixas da PSC, bem como as da sua família, identificando as suas necessidades e respeitando as diferenças experienciadas pelos diferentes membros.

São nestes contextos onde, na maioria das vezes, a PSC encontra-se hemodinamicamente instável, com alteração do estado de consciência e/ou com incapacidade de comunicar e, é à família que são fornecidas as informações do estado clínico do seu familiar. Por esta razão, o apoio à família não passa apenas pela transmissão da informação, mas também pressupõe que a informação seja fornecida diariamente, integrando a mesma no plano de cuidados.

Nos últimos dois anos de exercício profissional, num serviço de cuidados intensivos bem como a experiência e desafios quotidianos na abordagem à PSC despertaram a necessidade de investir na busca de mais conhecimentos, além do particular interesse, pelo que, decidi ingressar no Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de enfermagem à PSC e, a partir daqui otimizar este percurso académico.

Estes anos de experiência na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, fizeram com que me deparasse, no quotidiano, com várias temáticas de abordagem na área, suscitando-me particular interesse num dos pilares da humanização dos cuidados, a comunicação com a PSC e sua família. Foi com base neste pilar que defini o projeto de estágio (Apêndice I) assim como, o percurso traçado em cada contexto de estágio, integrando conhecimentos e competências, numa perspetiva bio-psico-social-cultural e espiritual.

Este documento, intitulado “Da Intervenção Especializada à Humanização dos Cuidados: o Papel da Comunicação” é um relatório que surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no plano curricular do 15º curso de mestrado supracitado, do Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. O presente relatório foi elaborado de forma a analisar e descrever as competências de mestre e de EE em EMC adquiridas, contribuir para a construção do saber em Enfermagem e evoluir a nível profissional e pessoal, tendo em conta a prática informada na evidência, refletida e fundamentada, servindo de espelho ao trabalho desenvolvido durante as 360h de contacto com os contextos clínicos, realizadas no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital da região do norte, no período de 05 de setembro a 26 de outubro de 2022 e no Serviço de Urgência (SU) da mesma instituição hospitalar, no período de 27 de outubro a 17 de dezembro de 2022.

Estruturalmente, além do presente introito, o trabalho contempla três capítulos. O primeiro capítulo explica e reflete sobre o estágio realizado no primeiro ano deste curso de mestrado, abordando as competências previamente adquiridas. O segundo capítulo, por sua vez, divide-

se em dois subcapítulos, primeiramente é elaborada uma breve caracterização dos contextos clínicos de estágio e, posteriormente, uma análise crítico-reflexiva e fundamentada das atividades desenvolvidas na aquisição e desenvolvimento de competências adquiridas em contexto de estágio. No terceiro capítulo é elaborada uma reflexão fundamentada sobre a temática que serviu de fio condutor para a construção deste percurso. Por último, é apresentada a conclusão deste trabalho, onde é realizado um balanço sobre as competências desenvolvidas e as dificuldades sentidas para a consecução dos objetivos propostos para o término deste percurso.

A elaboração do presente documento teve por base a utilização de uma metodologia essencialmente crítico-reflexiva e descritiva, recorrendo à observação direta nos contextos de estágio, ao registo das atividades desenvolvidas relacionadas com a prestação de cuidados, à reflexão individual e à revisão exploratória da literatura, relacionando a teoria com a prática, alcançando assim os objetivos a que inicialmente me propus, como também a aquisição de competências comuns de EE e as competências específicas de EE em EMC, na área de enfermagem à PSC.

No que concerne ao tratamento das referências bibliográficas, utilizei as normas preconizadas pela 7<sup>a</sup> edição das Normas *American Psychological Association* (APA, 2020). Refiro, ainda, que o documento foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa.



## **1. UM CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO**

Na aquisição de competências como futura EE em EMC, na área de enfermagem à PSC, iniciou-se o percurso com estágio num contexto clínico de uma área de cuidados de alta especificidade, na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica (UCICT), o que se tornou numa mais-valia para o decorrer do estágio posterior. Aqui, permitiu-me a adoção de um olhar diferente para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, onde foi possível integrar o papel desenvolvido pelo EE, como também, identificar as competências específicas na prática clínica diária perante a pessoa submetida a cirurgia cardiorácica.

Neste capítulo, irá ser realizada uma breve reflexão global acerca da aquisição de competências adquiridas neste contexto de estágio, que particulariza as competências que se relacionam com o objetivo de identificar e atuar antecipadamente perante focos de instabilidade na pessoa submetida a cirurgia cardiorácica.

Apesar de deter alguma experiência em contexto de cuidados intensivos, a particularidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCICT, revelou ser um desafio. As reflexões sobre as práticas observadas e trabalhadas, bem como a revisão exploratória da literatura estiveram presentes no decurso de estágio, a fim de dar resposta aos focos de atenção e às intervenções de enfermagem, tendo em conta a especificidade das patologias apresentadas.

A identificação de focos de atenção em enfermagem torna-se importante para a formulação de um plano de cuidados adequado às necessidades específicas de cada pessoa (Cruz *et al.*, 2017).

Ao longo deste estágio, foi-me possível assistir ao percurso realizado pela pessoa, desde a admissão até ao momento da alta para a enfermaria, acompanhando de perto os cuidados inerentes a cada uma das fases de intervenção de enfermagem, o que contribuiu para a elaboração de planos de cuidados e processos de enfermagem com as especificidades de cada uma das fases, a fim de aprimorar o meu processo de tomada de decisão em enfermagem.

O estágio na UCICT permitiu-me o contacto com a PSC submetida a cirurgia cardíaca, como por exemplo *bypass* coronário, *bentall* cardíaco ou substituição valvular. Cirurgias que provocam grandes instabilidades hemodinâmicas, principalmente nas primeiras horas após cirurgia, o que obriga a um olhar atento e vigilante perante a pessoa. Do acompanhado da atuação da enfermeira tutora para a deteção precoce de situações de instabilidade hemodinâmica e, de uma breve revisão exploratória da literatura, fui capaz de identificar autonomamente focos de instabilidade na PSC, tais como a deteção de ritmos de periparagem, onde, na maioria das vezes, são resultantes de tamponamento cardíaco, e os sinais choque hipovolémico (os valores da pressão venosa central < 12 mmHg, débito urinário < 30ml/h, aumento da drenagem torácica < 100ml/h e apresentação da pele pálida e macilenta). A identificação precoce de focos de instabilidade, permitiu a adequação rápida e eficaz da intervenção realizada, prevenindo complicações subjacentes.

Outra das preocupações dos enfermeiros perante a pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica, é o controlo e gestão da dor.

Segundo a Circular Normativa n.º 09/2003, a dor é considerada como o 5º sinal vital. A dor exerce efeitos negativos na recuperação e constitui-se como um dos fatores de *stress* em pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos (UCI) (Pinho, 2020). Abdullayev *et al.* (2019) referem que, no período pós-operatório, a dor poderá estar associada a uma deambulação tardia, reatividade hemodinâmica, complicações pulmonares, diminuição do grau da pessoa, desenvolvimento de dor crónica, aumento do tempo de internamento e da taxa de mortalidade e morbidade.

No cuidar da PSC, demonstrei a capacidade de colaborar nos procedimentos invasivos e não invasivos presentes na unidade, tais como a colocação de cateter arterial e de cateter venoso central (CVC), a manutenção da permeabilidade dos drenos, a monitorização das características da drenagem, como também, a remoção de drenos torácicos (mediastínico, pericárdico e pleurais).

Uma outra competência desenvolvida, foi relativa à prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Denotei o empenho, de toda a equipa multidisciplinar, no cumprimento das normas instituídas, com base no que é preconizado pela comissão de infeção da instituição e pelas linhas orientadoras da Direção Geral de Saúde (DGS), no que concerne à prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

Considero, que no decurso dos turnos realizados, prestei cuidados especializados de enfermagem à PSC, em prol do crescimento enquanto futura EE em EMC. Demonstrei capacidade de resposta às situações vivenciadas, mobilizando desta forma os diferentes conhecimentos e competências na prevenção de complicações. Realço, ainda que a experiência na área dos cuidados intensivos, permitiu-me adquirir um “*know-how*” que, face às situações complexas, houvesse uma intervenção mais calma e ponderada.

Face à comunicação com a PSC e sua família, uma das estratégias adotadas foi a utilização do protocolo SPIKES (*Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*). É preconizado na utilização deste protocolo, que o profissional de saúde perceba a informação que a pessoa e a sua família detêm de determinada situação, a fim de poder transmitir a informação necessária, dando a possibilidade, de ambos expressarem os seus sentimentos e emoções face à mensagem recebida (Cruz & Riera, 2016). Considera-se que a utilização deste protocolo tornou a partilha de informação muito mais eficaz, proporcionando um aumento de confiança na equipa quer por parte da pessoa, quer da sua família.

Por outro lado, a estratégia mais frequentemente utilizada, foi a transmissão de informação por via telefónica ou presencial, baseando-se em momentos informais de partilha de informação. Durante a partilha, tive o cuidado na transmissão da informação fornecida, pelo que adotei uma linguagem clara e de uso comum, um discurso tranquilo e pausado, com recurso à escuta ativa e demonstrando presença.

Finalmente, cabe referir, que no decorrer deste estágio, houve a oportunidade de desenvolver competências relativas aos domínios de competências comuns de EE e as competências específicas de EE em EMC, na área de enfermagem à PSC, colmatando os objetivos pré-definidos para este contexto.



## **2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO**

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018), a qualidade da prestação dos cuidados especializados em EMC na área de enfermagem à PSC concebe-se como um grande desafio no quotidiano. É exigido aos EE a conceção, implementação e avaliação contínuas de planos de intervenção que dão resposta às necessidades da PSC e família, tendo como finalidade a *“...deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19360).

Na aquisição de competências na área de especialidade supracitada, torna-se essencial a vivência de diferentes experiências e, posteriormente, a reflexão crítica sobre as mesmas. Neste parâmetro, o EE desenvolve a sua prática profissional informada na melhor e mais recente evidência científica, aprimorando não só a sua forma de saber-saber, saber-fazer e saber-estar, como ainda incrementa uma forma de pensar e agir aperfeiçoada nos cuidados à PSC e sua família.

Neste capítulo pretende-se refletir criticamente sobre o desempenho e postura adotados como EE em EMC na área de enfermagem à PSC, tendo em conta as competências comuns de EE e das competências de EE concebidas para a área de especialidade.

Primeiramente, efetuar-se-á uma breve contextualização dos locais de estágio e, posteriormente, uma apreciação crítico-reflexiva deste percurso da formação nos contextos dos estágios, de forma a tomar consciência das experiências vividas das quais contribuiram para a aquisição de competências especializadas e, conseqüentemente, para o crescimento pessoal e profissional, tendo por base a consecução dos objetivos previamente traçados no projeto de estágio.

## 2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Foi num SMI onde decorreu o primeiro estágio. Trata-se de uma unidade polivalente de nível III, pois compreende equipas funcionalmente dedicadas, assistência qualificada durante 24 horas, acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e, ainda, possui um controlo contínuo da qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Nesta unidade, o atendimento é realizado à PSC com diversas patologias associadas, especificidades e tratamentos quer do foro médico, quer do foro cirúrgico.

No que diz respeito à estrutura física, o SMI compreende duas unidades de diferentes tipologias. A unidade um, é uma unidade mista, constituída por 10 camas, das quais 5 estão em *open space*, permitindo o contacto visual e vigilância permanentes, e as restantes 5 são quartos individuais, com a possibilidade de gerar pressão positiva ou negativa, permitindo a instituição de medidas de isolamento. Já a unidade dois, é uma unidade fechada, constituída por 11 boxes fechadas, todas com a possibilidade de gerar pressão positiva ou negativa, reservada para a PSC com patologias do foro respiratório, atualmente a área dedicada à COVID-19.

O SMI contempla, ainda, diversas zonas de apoio e de acesso ao serviço, reservadas aos profissionais de saúde. Nas zonas de apoio existem gabinetes médicos e da enfermeira gestora, sala destinadas ao arrumo de material clínico e de equipamentos, de stock de soros e medicação, além de duas copas para uso dos profissionais. No acesso ao serviço existe um balcão de secretariado clínico, uma sala de espera para os familiares e a porta de acesso ao mesmo.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída pela equipa médica, de enfermagem e de assistentes operacionais. Em cada turno, a dotação é de 10 enfermeiros envolvidos na prestação direta de cuidados, à qual, sempre que possível, acresce, mais um elemento com a função de responsável de turno. Para além destes enfermeiros, todos os dias úteis, no turno da manhã, estão presentes, um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a enfermeira chefe e o enfermeiro de referência.

Em relação à equipa médica, existem destacados para cada unidade, pelo menos, um médico e dois internos de especialidade em permanência, dando apoio ao serviço durante 24 horas por dia.

O segundo estágio foi realizado num SU de um hospital de referência no norte do país. Tendo em conta as suas características este serviço de urgência é designado por Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, de acordo com as orientações emanadas no Despacho n.º 10319/2014 (2014).

O SUMC é o segundo nível de acolhimento de situações de urgência, deve servir de apoio diferenciado aos serviços de urgência básico e referenciar para serviço de urgência polivalente em situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou de especialidades que não existam no hospital (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O SU situa-se no piso -1 junto do SMI, e está disposto em forma de U, englobando 4 áreas: a primeira área inclui a triagem que possui 2 gabinetes de triadores, a sala de emergência com capacidade para 3 PSC, a sala de trabalho da área médica, a sala destinada a terapêuticas inalatórias, designada por sala de tratamentos 1 e gabinetes médicos; uma outra área abrange o gabinete do Enfermeiro Chefe, do Diretor de Serviço, a sala de pequena cirurgia, a sala de ortopedia, os gabinetes das respetivas especialidades, o gabinete de radiologia e a sala de tratamentos 2, onde se encontram pessoas doentes internadas; a terceira área é composta pela sala de observações designada por OBS; na quarta e última área do SU é dedicada ao atendimento e prestação de cuidados à PSC com diagnóstico COVID-19.

Em relação aos recursos humanos, o SU dispõe de uma equipa multidisciplinar abrangente, sendo esta constituída pela equipa médica, de enfermagem, de assistentes operacionais, de técnicos de cardiopneumologia, de técnicos de meios complementares de diagnóstico e de seguranças. A dotação em enfermeiros por turno é de 12 enfermeiros para a prestação direta dos cuidados, um 13º elemento para a função de responsável de turno e que presta apoio à sala de emergência. À semelhança do contexto de estágio anterior, nos turnos da manhã, nos dias úteis, acresce à equipa, o enfermeiro gestor e a enfermeira de referência.

## 2.2 ANÁLISE DESCRITIVA E REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, a enfermagem é definida como “...a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-

Lei n.º 161/1996, 1996, p.2960). Neste seguimento, o EE é o profissional a que lhe foi reconhecido competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais e específicos na sua área de especialidade.

A aquisição de competências surge pela aprendizagem e transmissão de experiências no contexto da prática clínica, aliando o conhecimento científico e tecnológico.

Com a finalidade de adquirir continuamente competências de EE em EMC, na área de enfermagem à PSC, segui como linhas norteadoras da estruturação do presente relatório, o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o Regulamento n.º 429/2018 (2018), o Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018) e os objetivos da UC delineados no plano de estudos.

Com a intenção de atingir competências na área de especialidade, foi fundamental traçar os objetivos a atingir durante a realização dos estágios, servindo como ponto de referência. Durante os estágios realizei modificações dos objetivos previamente traçados e do projeto realizado, tendo em conta a adequação aos contextos da prática clínica.

Assim, seguidamente, serão referenciados os objetivos atingidos e apresentada, por objetivo, uma análise crítica, face às atividades desenvolvidas no contexto de estágio, para a consecução dos mesmos. As estratégias implementadas para responder às situações-problemas detetadas, as dificuldades sentidas e as competências adquiridas ao longo do percurso, serão igualmente descritas.

**Objetivo 1:** Garantir a prestação de cuidados, tendo em conta a individualidade e dignidade da PSC, assegurando os direitos humanos e o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais à luz do REPE e no Regulamento n.º 613/2022 (2022).

De acordo com o artigo 78º da Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015), o enfermeiro deve exercer a sua profissão demonstrando respeito pela vida e pela dignidade humana de cada pessoa, não descorando o desenvolvimento de uma prática profissional, segura, ética e legal dentro da sua área de especialidade. Nesta competência salienta-se a tomada de decisão segundo os princípios e valores éticos e deontológicos e as normas legais existentes, respeitando os direitos humanos (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O respeito pelos valores e crenças de cada ser humano, bem como a garantia ao acesso à informação, tendo em conta o respeito pela pessoa quanto às suas escolhas e

autodeterminação relativamente aos cuidados, é fundamental para e durante a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e humanizados.

Devido à complexidade e adversidade dos ambientes da prática clínica nos SMI, os enfermeiros podem recorrer a estratégias adaptativas como a despersonalização (desvinculação da PSC), visto que, frequentemente, a PSC encontra-se sedada e inconsciente para a realidade ao seu redor, existindo uma panóplia de equipamentos de alta tecnologia, que exigem uma carga de trabalho superior por parte dos profissionais de saúde. O mesmo se retrata nos SU devido às condições de trabalho dos enfermeiros neste serviço e a tecnicização dos cuidados prestados, demonstrando um impacto negativo na relação entre enfermeiro-pessoa-família (Anguita *et al.*, 2019). No entanto, e segundo Radaelli *et al.* (2019), a prestação de cuidados centrados na pessoa não significa dedicar mais tempo à pessoa, nem obter condições de trabalho ideais, mas sim ser capaz de escutar a PSC e família/cuidador, dirigir palavras de conforto e segurança durante a sua intervenção, de forma a obter um uso eficaz do tempo que tem com a pessoa.

Ora, foi com base no supracitado, que se traduziu a minha prestação de cuidados nos contextos da prática clínica, sendo capaz de escutar ativamente a PSC e família e estabelecendo uma relação empática entre a tríade para a eficácia dos cuidados. A procura e demonstração por uma conduta responsável, profissional e ética, atuando com dignidade e autonomia técnico-científica, com sustentação na tomada de decisão ético-deontológica foram e são a linha orientadora para a minha prática profissional.

No que concerne ao respeito pela privacidade e intimidade da PSC, o enfermeiro tem o dever de salvaguardar sempre a privacidade e a intimidade da pessoa e, para isso, deve ser capaz de se adaptar às circunstâncias e condições existentes nos serviços. A preocupação ao longo dos estágios passou pela procura da salvaguarda da privacidade da PSC, mediante a utilização de cortinas ou biombos existentes nos serviços, bem como na ponderação da necessidade da exposição corporal para determinado procedimento ou avaliação clínica e, ainda, procurei adequar o tom de voz aquando conversas ou reuniões em equipa multidisciplinar junto da PSC.

Ao abordar a ética do cuidado, fala-se de relações entre pessoas e a atitude do enfermeiro perante os outros. O enfermeiro é o profissional de saúde sensível às relações estabelecidas com os outros e à satisfação das necessidades percebidas, solucionando dilemas éticos que

possam advir, com base no respeito e no cuidado humanizado (Potter & Perry, 2018). Para além do mais a sua presença é considerada, segundo Bento (2017), uma estratégia ímpar para atenuar os sentimentos de vulnerabilidade da PSC.

Como tal, o EE assume um papel de destaque relativamente à satisfação das necessidades da PSC, dado que é dotado de competências diferenciadas no que toca à gestão do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da pessoa (Regulamento n.º429/2018, 2018).

Associada à adoção de uma conduta responsável, profissional e ética, houve uma preocupação constante de informar a PSC acerca dos cuidados que lhe iriam ser prestados, obtendo sempre que possível o seu consentimento, com vista ao envolvimento da mesma na prestação de cuidados e ao respeito do princípio de autonomia.

Nesta linha de pensamento, o princípio de autonomia surge relacionado com o consentimento informado que, em ambos os contextos de estágio, assume um carácter muito próprio, uma vez que na maioria das situações a PSC não reúne condições para prestar um consentimento livre e esclarecido, como é o caso das situações em contexto de sala de emergência e a PSC encontra-se inconsciente, como também, no SMI, em que a grande parte das PSC estavam sedadas e não seria viável suspender a sedação para obtenção do seu consentimento para determinados procedimentos.

O consentimento informado implica fornecer determinada informação de forma simples e compreensível, isenta de qualquer juízo de valor. Assim, o profissional de saúde deve assegurar-se que a pessoa compreendeu a informação que lhe foi transmitida, que a mesma pode revogar o consentimento a qualquer momento e que será necessário novo consentimento sempre que surjam dados novos (OE, 2005). Todavia, sempre que a PSC não é capaz de prestar o seu consentimento, a família direta pode informar a equipa de saúde acerca das expectativas e preferências da pessoa.

Em situações clínicas em que a PSC não é capaz de prestar o seu consentimento, a obtenção do mesmo pode surgir mediante outras alternativas, tais como, o consentimento presumido, quando a opção de tratamento/ intervenção é um meio para evitar perigo para a vida, o corpo ou saúde, a existência de diretivas antecipadas de vontade ou procurador de saúde, a decisão em proveito do superior interesse da pessoa. Nesta última, aborda-se o princípio da beneficência e, nos dilemas éticos mais complexos, o envolvimento e aconselhamento da comissão de ética das instituições.

O respeito pelo princípio pela autonomia e o consentimento informado foram duas das realidades confrontadas na prática clínica, no decurso dos estágios. Para qualquer tipo de procedimento e intervenção era obtido, sempre que possível, o consentimento da PSC para a realização do mesmo. Porém, nos casos emergentes, em situações de *life saving*, como o caso da intubação orotraqueal ou manobras de ressuscitação cardiopulmonar, a intervenção adotada é regulada pelo proveito do superior interesse para a PSC.

Outras situações que experienciei e que possibilitaram uma reflexão mais profunda relacionam-se com a suspensão de tratamentos e procedimentos de suporte de vida da pessoa, em que a sua situação clínica já não permitia cura possível. Em ambos os locais de estágio, a equipa multidisciplinar reunia e discutia a situação clínica e verificava-se a irreversibilidade da mesma, cuja manutenção de tratamento e procedimentos de suporte de vida, apenas prolongariam a vida da pessoa em condições de grande sofrimento para o próprio e para a sua família.

Apesar do paradigma dos SMI ser fundamentalmente curativo, os profissionais de saúde deparam-se múltiplas vezes com situações de fim de vida. Face a estas situações, os enfermeiros confrontam-se com desafios pessoais e profissionais de grande complexidade, surgindo a necessidade de uma alteração do paradigma da prestação de cuidados para uma intervenção focada no cuidar.

Como EE, o profissional de enfermagem tem um papel importante na gestão das práticas de cuidados fomentando a dignificação da morte (Regulamento n.º 140/2019, 2019). De acordo com o Parecer n.º 11/CNECV/95 (1995), devem ser prestados cuidados personalizados e individualizados à pessoa e possibilitar a permanência dos familiares ou pessoas significativas durante 24 horas. Aqui, o papel do EE passa pela promoção da qualidade de vida, garantido os cuidados de acompanhamento e suporte, respeitando e preservando acima de tudo a dignidade com a aceitação da vulnerabilidade da PSC, designadamente em situações de fim de vida. Deste modo, existe respeito pela autonomia da pessoa, adotando simultaneamente o princípio de beneficência e o princípio da não-maleficência (OE, 2005).

A consciencialização acerca dos dilemas éticos implícitos na prestação de cuidados à PSC, através do desenvolvimento de competências sobre a vulnerabilidade da pessoa e a adoção de estratégias facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto, permitiu a aquisição de competências enquanto EE em EMC na área de enfermagem da PSC relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Logo, fui capaz de

desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, a fim de atingir níveis de satisfação da pessoa e sua família, tal como se preconiza no enunciado descritivo “A Satisfação do Cliente” dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, na área de enfermagem à PSC (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

**Objetivo 2:** Desenvolver práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua.

A qualidade em saúde tem vindo a adquirir uma importância crescente na atual definição da prestação dos cuidados, considerando a segurança da pessoa como o principal elemento.

Segundo DGS (2015), a qualidade em saúde pode ser definida como “...a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (DGS, 2015, p.16). Mais refere que estes cuidados devem de ser adequados às necessidades e expectativas da pessoa. Conforme o Plano Nacional da Saúde 2021-2030 (DGS, 2021), o aumento da qualidade em saúde poderá ser atingido através da implementação de ciclos de melhoria contínua dos cuidados, identificando os problemas e oportunidades de melhoria.

Neste seguimento, e no que à enfermagem diz respeito, a OE definiu padrões de qualidade, com vista à melhoria contínua dos cuidados e à promoção da reflexão do exercício profissional, sendo estes “A satisfação do cliente”, “A Promoção da saúde”, “A prevenção de complicações”, “O Bem-estar e o Autocuidado”, “A readaptação funcional” e “A organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2001).

Na procura da excelência profissional, o EE em EMC deve prestar cuidados especializados à PSC através da observação, colheita e procura constante, de forma sistematizada, com o intuito da prevenção, gestão de incidentes de segurança da PSC e deteção precoce de complicações assegurando uma intervenção precisa, eficiente e em tempo útil. Pelo que, se considera igualmente importante não só em contexto de situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, como também na implementação de planos de intervenção para a prevenção e controlo de infeção (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Por conseguinte, e de acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021), torna-se importante que o EE tenha uma intervenção influente na

otimização do ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual e de qualidade, favorável aos cuidados especializados, de forma a minimizar a ocorrência de eventos adversos e aumentar a cultura de segurança e transparência da notificação dos mesmos.

Com base no que foi referido, e com o objetivo de desempenhar um papel ativo e dinamizador na melhoria contínua das práticas de qualidade, garantindo um ambiente terapêutico seguro, inicialmente, foi necessário tomar conhecimento das normas e protocolos existentes nos serviços, de forma a adequar a prestação de cuidados, tendo em conta a missão e valores dos contextos.

No decurso dos estágios, foi-me possível identificar oportunidades de melhoria e adotar uma atitude proativa na prestação de cuidados seguros em prol da segurança da PSC e dos profissionais de saúde, possibilitando o desenvolvimento de práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua.

No SMI foi identificada uma oportunidade de melhoria relacionada com a promoção do sono da PSC internada em UCI, que resultou de uma preocupação decorrente da prática e da necessidade de fundamentar e sistematizar um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem relacionadas com esta temática.

Para além de se verificar a inexistência de qualquer protocolo ou norma relativa à promoção do sono que, como se sabe, é deveras importante, pelo comprometimento da qualidade de vida, do bem-estar e do conforto da pessoa, desencadeando a Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), identificou-se na equipa, algumas lacunas acerca da implementação de intervenções dentro deste âmbito.

Destarte, após discussão com os enfermeiros tutores, foi realizada uma revisão integrativa da literatura mais atual sobre a temática (Apêndice II) e elaborada uma proposta de Norma de Orientação Clínica (NOC) relativa às intervenções autónomas de enfermagem na promoção do sono da PSC internada em UCI (Apêndice III).

Face às circunstâncias apresentadas, a realização deste projeto de intervenção teve como principais objetivos:

- Sensibilizar para a importância da promoção do sono na PSC internada em UCI, tendo em vista a humanização e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;

- Uniformizar as intervenções autónomas de enfermagem à PSC de forma a promover o padrão de sono.

A elaboração da proposta de NOC foi sustentada nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na área da PSC, tais como “A satisfação do cliente” e “A prevenção de complicações”, uma vez que ao serem implementadas as intervenções propostas, o EE pode identificar precocemente os fatores que contribuem para as alterações do padrão de sono e repouso da PSC, prescrever e implementar as intervenções autónomas adequadas, intervindo de forma precisa e eficiente em tempo útil, de forma a prevenir complicações relativas ao sono comprometido (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Considero ainda que, a execução da proposta de NOC é fulcral para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, pois permitirá instituir intervenções não farmacológicas, potenciando as intervenções autónomas do enfermeiro (OE, 2001). Neste seguimento, foi realizada uma sessão de formação em serviço sobre a temática (Apêndice IV) e foram aplicados questionários de avaliação da sessão. Esta intervenção vem de encontro às competências comuns do EE, uma vez que este é quem “*identifica oportunidades de melhoria, (...) agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática, (...) fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

No SU foi identificada uma oportunidade de melhoria relacionada com a operacionalização correta no que toca à abordagem da PSC em contexto de intubação endotraqueal na sala de emergência. Esta oportunidade surgiu com o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros que realizam turnos na sala de emergência, permitindo uma abordagem sistematizada de toda a equipa de forma a antecipar e evitar possíveis complicações do procedimento.

De acordo com as diretrizes emanadas por Higgs *et al.* (2018), o sucesso de uma intubação endotraqueal é decorrente de vários fatores, destacando o papel fulcral dos profissionais envolvidos durante o procedimento, visto que o nível de experiência profissional, o trabalho em equipa, o conhecimento e manipulação dos equipamentos necessários, assim como a comunicação entre equipa são requisitos necessários.

Tendo em conta a integração progressiva de novos elementos da equipa de enfermagem a realizar turnos na sala de emergência, à diminuta realização de intubações endotraqueais

neste mesmo contexto e, em conformidade, com o que se encontra descrito na literatura acerca das diretrizes para a intubação endotraqueal, a minha atuação enquanto EE em EMC passou pela elaboração de uma *checklist* (Apêndice V) como estratégia de prevenção do risco de complicações antes, durante e após o procedimento, assentando a prática numa cultura de segurança, potenciando cuidados especializados de qualidade em toda a equipa de enfermagem. Portanto, compreende-se que este trabalho no âmbito da segurança dos cuidados, se enquadra no enunciado descritivo “A prevenção de complicações”, já que o EE previne possíveis complicações para a saúde da PSC, reduzindo o risco de danos desnecessários e avaliando de forma contínua e consistente a sua eficácia, não descorando as informações segundo a evidência científica mais atual (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Para além da intervenção em oportunidades de melhoria nos contextos, tive sempre um papel dinamizador, no cuidado de colaborar com as equipas em estratégias de promoção e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, que das quais incluíram a correta identificação da pessoa através da pulseira e confirmação da mesma, a utilização individualizada dos materiais e equipamentos presentes em cada uma das unidades e a validação da terapêutica prescrita ao mesmo, antes da sua administração. Foram também, práticas instituídas, a realização dos registos informatizados e passagens de turno de acordo com a norma emanada pela DGS (2017a) sobre a “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, vigente na instituição hospitalar onde decorreram os estágios, permitindo a organização do pensamento e na otimização da transmissão dos cuidados de forma segura entre os membros das equipas multidisciplinares.

É de realçar, ainda, a preocupação constante pela gestão risco no que toca à segurança na administração de fármacos, dado que existem inúmeras interrupções das tarefas que os enfermeiros estão a desempenhar, contribuindo para a ocorrência de erros.

Em conformidade com o enunciado descritivo “Segurança nos cuidados especializados” presente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, na área de enfermagem à PSC, o EE faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados, salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Após discussão e reflexão com os enfermeiros tutores, procurei adotar estratégias que pudessem minimizar as interrupções. Estratégias essas que passaram pelo alerta dos pares para a importância da tarefa/procedimento que estava a executar naquele momento, pela

otimização do número de elementos para executar ou prestar cuidados, pela adoção de um espírito de colaboração entre equipa e pelo incentivo dos enfermeiros gestores na notificação do erro, caso ocorressem, contribuindo para uma prática mais segura.

A excelência é uma exigência ética direcionada ao direito do melhor cuidado, contexto na qual a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Os EE têm um papel preponderante na identificação dos riscos e na elaboração e análise de estratégias preventivas, promovendo a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2006). Assim, afirma-se que desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à PSC e sua família, no âmbito da gestão de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados, suportando a praxis clínica na evidência científica mais atual.

Outra das competências do EE em EMC no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados diz respeito à maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018), emergindo a necessidade prévia de um objetivo alusivo à competência.

**Objetivo 3:** Promover a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.

As IACS constituem um dos maiores riscos associados à hospitalização, acarretando elevadas taxas de morbilidade e mortalidade e elevados custos (Morais, 2017).

O impacto das IACS é especialmente relevante nas UCI face à presença de dispositivos médicos invasivos, procedimentos cirúrgicos, ao elevado número de pessoas imunodeprimidas e ao aumento da resistência aos antimicrobianos (Morais, 2017). Em 2012 surgiram as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) emanadas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (DGS, 2017b), traduzindo-se em regras de boas práticas e que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde durante a prestação de cuidados, com a finalidade de diminuir o risco de infeção e da transmissão cruzada.

No SMI, onde decorreu o estágio, são várias as *bundles* implementadas, de acordo com as orientações preconizadas pela DGS. A título de exemplo, a *bundle* direcionada para a prevenção de infeção associada ao CVC, para a prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), para a prevenção de infeção urinária associada ao cateter vesical e infeção do local cirúrgico, como forma de dar resposta a estas problemáticas. Aqui, beneficiei de um

papel ativo, onde foi possível cooperar e realizar auditorias internas a fim de averiguar o cumprimento das mesmas.

A *bundle* relativa à prevenção da PAI assume-se como essencial na segurança da prestação de cuidados, tendo em conta que esta problemática é considerada a infeção mais frequentemente adquirida nos SMI devido aos fatores de risco inerentes ao próprio ambiente de cuidados e condição da pessoa, entre os quais o tipo e duração da ventilação, a qualidade dos cuidados respiratórios, a gravidade do quadro clínico e anterior utilização de antibióticos (Morais, 2017). Neste sentido, a auditoria é realizada diariamente pelos enfermeiros, nos turnos da manhã, onde são avaliados critérios como a interrupção diária da sedação, o plano de desmame ventilatório proposto, a monitorização da pressão de *cuff*, a higiene oral com clorhexidina a 0.2%, a elevação da cabeceira superior a 30°, a presença de circuitos ventilatórios limpos, o registo do *Richmond Agitation Sedation Scale* e a prescrição de sedação por objetivos-alvo.

No que diz respeito à auditoria da segurança na colocação de dispositivos intravasculares, nomeadamente o CVC e o cateter arterial, são efetuadas sempre que estes dispositivos são colocados, existindo uma *checklist* com os critérios que devem ser auditados antes, durante e após o procedimento. Para auditar a manutenção destes dispositivos, existe outra *bundle* que avalia a necessidade diária da permanência do CVC, a higienização das mãos antes do seu manuseamento, a descontaminação das conexões com clorhexidina 0.2% ou álcool a 70% durante 15 segundos e realizar penso com técnica assética e periodicidade adequada.

Além de todos estes cuidados, diariamente, a equipa multidisciplinar discute, para cada PSC, a necessidade de manutenção de dispositivos invasivos.

No SU, a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos também foram alvo da minha preocupação, visto que existe uma lotação excessiva de pessoas alocadas em macas e cadeiras de rodas, impossibilitando um distanciamento adequado devido às reduzidas áreas das salas para abarcar toda a PSC de forma segura.

Por conseguinte, as PBCI são as medidas importantes para a prevenção e controlo da infeção, salientando a correta higiene das mãos (respeitando os cinco momentos) de forma a conter a disseminação de microrganismos, a utilização de equipamento de proteção individual não descorando da etiqueta respiratória, a adoção de uma prática segura na preparação e administração de fármacos, a devida descontaminação do equipamento clínico e supervisão

no manuseamento seguro da roupa, recolha de resíduos e descontaminação das unidades após alta da pessoa (DGS, 2012). Medidas estas que foram implementadas no decorrer dos estágios e fomentadas quer na equipa multidisciplinar, quer nos familiares da PSC, através da realização de ensinios, dando ênfase à correta higienização das mãos, utilizando a solução antisséptica alcoólica antes e após o contacto com a unidade do familiar. Note-se que, foi possível constatar que a grande maioria dos familiares se mostraram recetivos nos ensinios e no cumprimento dos mesmos.

É, ainda, de realçar que a prevenção das IACS é um desafio multidisciplinar e, por isso, é necessário trabalhar em cooperação para reduzir o risco de prevalência de infeções na PSC e profissionais de saúde. Para tal e, de acordo com o enunciado descritivo “Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados”, foi-me possível cooperar não só com a equipa multidisciplinar na aplicação e utilização de boas práticas, mas também na fomentação dos restantes profissionais e familiares, contribuindo, assim, para o aumento da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança da PSC (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Em relação ao objetivo pré-definido para este domínio, considera-se que foi atingido com as atividades desenvolvidas no contexto e descritas neste subcapítulo. Ademais, foi possível, enquanto futura EE, adquirir competências no que respeita à maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

**Objetivo 4:** Desenvolver competências na área da coordenação e gestão dos cuidados especializados, recursos humanos e materiais.

A OE preconiza que a gestão de cuidados seja uma competência de grande importância na prestação de cuidados do enfermeiro generalista. No entanto, quando se trata de um EE, esta competência torna-se ainda mais importante no exercício das suas funções, já que engloba a otimização das intervenções de enfermagem e restante equipa de saúde, com a finalidade de garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, na área de enfermagem à PSC emanados pela OE “...a organização dos cuidados de enfermagem deve procurar a excelência no exercício profissional, através da utilização de metodologias de

*organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”* (Regulamento n.º 361/2015, 2015, p.17243).

Com o objetivo de desenvolver o objetivo supracitado, considerou-se relevante observar e analisar as diferentes funções exercidas pelos enfermeiros de ambos os contextos, realizando turnos de observação e colaboração com os enfermeiros responsáveis de turno e com os enfermeiros chefes.

No SMI à semelhança do SU, a equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira chefe, o enfermeiro de referência, o enfermeiro responsável de turno e os enfermeiros que estão alocados diretamente à prestação de cuidados, sendo a enfermeira chefe, responsável pela gestão dos recursos humanos, materiais e equipamentos e pelos cuidados prestados, avaliando continuamente o desempenho profissional da sua equipa de enfermagem e de assistentes operacionais.

O enfermeiro gestor como detetor de um conhecimento específico da enfermagem, enquanto disciplina e profissão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, deve garantir o cumprimento dos padrões de qualidade supracitados. Para tal, torna-se crucial o desenvolvimento técnico-científico da sua equipa, a construção de ambientes favoráveis à prática de cuidados, mantendo a qualidade e segurança dos mesmos (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

Nos turnos realizados com os enfermeiros gestores foi possível compreender e colaborar não só na planificação do plano de trabalho semanal da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais, mas também na elaboração do horário das respetivas equipas.

O enfermeiro de referência é um EE que assume funções relacionadas com a supervisão de cuidados, sendo responsável pela vigilância epidemiológica e pela realização de auditorias aos cuidados de Enfermagem, com o intuito de fomentar na equipa a melhoria contínua dos cuidados prestados (Rego & Coelho, 2016). Este colabora também na gestão do serviço em conjunto com a enfermeira gestora. Por sua vez, o enfermeiro responsável de turno, geralmente, é o elemento da equipa com maior nível de competência técnica e científica e apresenta como funções a resolução de problemas técnicos e organizacionais, a coordenação da unidade, a prestação de cuidados em situações de emergência interna e atua como elo de ligação entre a equipa médica e de enfermagem.

Para além destas funções, o enfermeiro responsável de turno no SMI, sempre que possível, assumia a prestação de cuidados de uma PSC com menor grau de dependência e complexidade de cuidados, era da sua competência zelar pela segurança da PSC, atribuindo as PSC internadas na unidade de acordo com a experiência profissional dos enfermeiros e preocupava-se com a rotatividade entre os profissionais, evitando sobrecarga de trabalho nos mesmos enfermeiros.

No que concerne ao método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem do SMI, é o método individual de trabalho que se baseia na organização global dos cuidados face às necessidades de cada pessoa, sendo o enfermeiro particular responsável pela avaliação e coordenação dos cuidados a serem prestados. Este tipo de metodologia permite uma maior aproximação e estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e a sua família, obtendo uma visão holística sobre os mesmos (Verde, 2013). Contudo, sempre que necessário, nomeadamente em emergências, todos os elementos cooperam entre si, o que permite agilizar a prestação de cuidados em tempo útil e evita o aparecimento de complicações ou deterioração da situação clínica da PSC, organizando, assim, uma dinâmica de trabalho em equipa.

No contexto do SU, o enfermeiro responsável de turno, para além das funções acima referidas, ficava maioritariamente como elemento extranumerário, o que possibilitava a colaboração, sempre que necessário, com as diferentes áreas de cuidados e geria os horários de pausa entre os elementos, não colocando em causa a prestação de cuidados. Era também da sua competência, nos turnos da manhã, reunir com a equipa médica para discussão de gestão de vagas no hospital, cooperando diretamente com o chefe de equipa daquele dia.

Perante a imprevisibilidade diária do fluxo de pessoas, das necessidades individuais de cada uma e da intensidade e especificidade dos cuidados, o enfermeiro chefe distribui os enfermeiros pelas áreas/postos de trabalho que compõem o SU e não pelo número de pessoas internadas que se encontram nessas mesmas áreas, embora exista uma gestão por parte do enfermeiro responsável de turno, no sentido da mobilização de elementos para ajudarem nas áreas mais críticas. Maioritariamente, a equipa de enfermagem adota o método de trabalho por tarefa durante a prestação dos cuidados na área a que lhe foi destinada nesse turno, tendo como foco de atenção os procedimentos, deixando de parte a dimensão humana da pessoa e da sua família para um plano secundário.

A inclusão do enfermeiro nos processos de tomadas de decisão por parte do chefe de equipa, valoriza o seu papel, contribuindo para uma comunicação interpessoal efetiva, traduzindo-se em ganhos em saúde no que respeita à assistência à PSC, particularmente na minimização de erros, favorecendo a segurança da PSC. De acordo com Anunciada & Lucas (2021), a participação ativa dos enfermeiros nos processos de tomadas de decisão e a criação de boas relações entre equipas multidisciplinares contribuem para ambientes da prática de enfermagem (APE) favoráveis, isto é “...leva à melhoria dos resultados dos clientes, sendo um fator essencial para o aumento da satisfação dos enfermeiros” (Anunciada & Lucas, 2021, p.146).

Contudo, os APE nocivos são caracterizados pela falta de apoio por parte da gestão, fraca liderança e mau relacionamento entre equipas multidisciplinares, relacionam-se com a ocorrência de eventos adversos, existência de necessidade de reinternamentos, aumento dos custos associados aos cuidados de saúde, existência de profissionais insatisfeitos e, conseqüentemente, prestação de cuidados de fraca qualidade, havendo conflitos entre profissionais de saúde (Anunciada & Lucas, 2021).

A articulação e supervisão de cuidados de enfermagem nos contextos, com o objetivo de garantir a segurança dos mesmos e salientar a importância de liderança que o EE deve exercer, encontram-se em consonância com o que se prevê no Regulamento n.º 140/2019. Realçando ainda que, um líder deve promover e facilitar a comunicação entre equipa, fomentar as relações interpessoais, visto que o próprio desempenha um papel fundamental na criação de um APE favorável, positivo e na promoção de uma prestação de cuidados de qualidade (Anunciada & Lucas, 2021).

A gestão de cuidados assume um carácter transversal, uma vez que se inicia no processo de tomada de decisão e termina na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, tal como é explanado no enunciado descritivo “A organização dos cuidados de enfermagem” presente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, na área de enfermagem à PSC (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Assim, os domínios de competências comuns do EE definidos pela OE (Regulamento n.º140/2019, 2019), o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, relacionam-se entre si, já que é à custa da articulação das competências

desenvolvidas que se executa uma gestão de cuidados eficaz, tornando-se decisiva para a promoção dos ambientes favoráveis para a prática de enfermagem (Santos, 2021).

Para além das atividades supracitadas, considero igualmente importante para o meu percurso, a célere integração e adaptação no seio das equipas multidisciplinares, a participação ativa nas discussões de casos clínicos e a colaboração no processo de tomada de decisão com a restante equipa, demonstrando um domínio concreto acerca das temáticas a abordar e consciência crítico-reflexiva qualificada, tendo por base os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem para evitar discordâncias alicerçadas em valores e opiniões pessoais.

Em suma, considera-se que com as atividades desenvolvidas nos contextos e descritas neste subcapítulo, foi possível, enquanto futura EE, adquirir competência no que respeita ao desenvolvimento de capacidades técnicas e conhecimentos acerca da gestão de cuidados especializados, quer de forma individual, quer em equipa, de consciência crítico-reflexiva para os problemas do exercício profissional, conhecimentos em termos de gestão de recursos materiais e humanos, salientando a capacidade de tomada de decisão e organização, atuando de acordo com os valores preconizados para o enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

**Objetivo 5:** Aprimorar competências comunicacionais e relacionais com a pessoa, família/cuidador e equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

A comunicação é um processo intrínseco ao ser humano, faz parte integrante da vida das pessoas, incluindo todo o ambiente social, e é impossível dissociá-la dos diferentes aspetos da vida (Sequeira, 2016).

A abordagem da comunicação surge nas teorias de enfermagem estudadas, como a base da relação entre o enfermeiro e a pessoa, a fim de promover a proatividade desta na consecução do seu projeto de saúde (Pinho, 2020).

Segundo Deodato (2014), a intervenção de enfermagem “...corresponde à prática de um cuidado, que é concretizado numa pessoa e com uma pessoa, na dupla perspetiva de que se materializa no ser humano verificando-se nele a produção de resultados, e que se desenvolve numa relação pessoa-enfermeiro” (Deodato, 2014, p.20). Assim, o conceito da prestação de cuidados humanizados deve ser considerado essencial, isto é, o centro dos

cuidados deve ser sempre a pessoa, considerando as suas necessidades individuais e as suas tomadas de decisão, sempre que possível. Achury Saldaña *et al.* (2015) consideram que o cuidado de enfermagem é incompleto, quando este não engloba intervenção no domínio da comunicação, respondendo a situações de carácter físico e emocional.

Ao nível dos cuidados de saúde, a comunicação tem assumido uma importância cada vez maior devido à sua utilização como instrumento terapêutico, do qual os enfermeiros dispõem para prestar cuidados às pessoas (Pinho, 2020). Para que a relação terapêutica se concretize é necessário que exista uma comunicação eficaz entre o enfermeiro e a PSC, pressupondo que o enfermeiro detém não só um conhecimento sólido acerca do processo comunicacional, mais precisamente das formas verbais e não-verbais da comunicação, mas também um desenvolvimento de competências a nível comunicacional (Alves, 2012).

Em contexto de prestação de cuidados à PSC, a utilização constante de uma linguagem técnica, centrada nos meios tecnológicos, na vigilância, na monitorização e na terapêutica especializada dos quais a recuperação da PSC depende, são fatores que condicionam todo o processo de comunicação.

No decurso da minha prática profissional, posso constatar que a sedação e ventilação mecânica são as maiores barreiras à comunicação com a PSC. Devido à diversidade das situações clínicas, a pessoa tanto pode estar consciente e orientada, como também, impossibilitada de comunicar verbalmente ou permanecer num coma profundo.

Tendo em consideração que, atualmente, se recomenda a utilização de ventilação mecânica invasiva sob o efeito de baixos níveis de sedação, já existem casos de pessoas que referem conseguir compreender tudo o que lhes era dito, contudo, sentem frustração por não conseguirem responder. Do mesmo modo, se estende até à família, pois quando não consegue compreender aquilo que o seu familiar está a tentar comunicar, experienciam sentimentos de frustração e impotência (Martinho & Rodrigues, 2016).

No que diz respeito à comunicação, o EE apresenta uma responsabilidade acrescida, visto que são preconizadas competências neste âmbito (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Aos longo dos estágios, procurei explicar todos os cuidados a serem prestados, bem como o seu propósito, com vista a diminuir a ansiedade e o medo espoletados por toda a situação clínica da PSC, promovendo a confiança na equipa. Por outro lado, nas pessoas que

apresentavam a comunicação comprometida pelo facto de estarem com suporte ventilatório invasivo ou pela presença de traqueostomia, foram utilizados pequenos quadros brancos, onde estas poderiam escrever, caso lhes fosse possível, aquilo que pretendiam comunicar quer com a equipa multidisciplinar, quer com a sua família.

No SMI encontra-se implementada uma estratégia que permite comunicar através da escrita, “o diário da pessoa em cuidados intensivos”. O diário é elaborado com base em fotografias e em textos escritos quer pelos profissionais de saúde que acompanham a PSC, quer pelos seus familiares, onde descrevem episódios e emoções decorridos durante o internamento. Segundo Tavares *et al.* (2019), o diário possibilita à pessoa encontrar significado e coerência das memórias ausentes ou distorcidas.

A adoção desta estratégia por parte do serviço contribui para a minimização da ansiedade e medos, assim como o stress pós-traumático que podem permanecer na pessoa e/ou na família, mesmo após o internamento (Tavares *et al.*, 2019).

Em momentos de reflexão com os enfermeiros tutores, foi-me possível compreender a importância da elaboração dos diários, uma vez que é uma estratégia de comunicação útil, como referido anteriormente, na recuperação da SPICI, quer na PSC, quer na família.

Torres *et al.* (2017) consideram que a SPICI é um problema multidimensional, caracterizada pelo compromisso das componentes físicas, psicológicas e cognitivas, afetando não só a PSC, mas também a sua família, decorrentes do internamento em UCI com a possibilidade de persistência ao longo dos anos. Estes autores referem ainda que, os sintomas são demonstrados quer ao nível físico, como a fraqueza muscular adquirida durante o internamento, a fadiga, a mobilidade reduzida e a disfunção da glote, quer a nível não físico, tais como a ansiedade, depressão, stress pós-traumático e deteriorização cognitiva.

Portanto, torna-se crucial a prevenção precoce da SPICI, onde a identificação dos fatores de risco para o seu desenvolvimento, é o ponto de partida para este processo. De acordo com a literatura, pequenas intervenções podem, no seu conjunto, trazer grandes benefícios para a PSC, tais como, o desmame ventilatório e mobilização precoce da PSC, suspensão de sedação, prevenção do *delirium* e a promoção do sono (Torres *et al.*, 2017). Por experiência na área e reflexão com a equipa de enfermagem, surgiu, tal como referido anteriormente para outro objetivo pré-definido, a necessidade de implementar intervenções sistematizadas na

promoção do sono da PSC que, conseqüentemente, contribui para a prevenção desta problemática.

Dentro desta temática, o SMI permite o acompanhamento da pessoa após alta da unidade, através da realização de consultas de *follow-up*, estruturadas em dois momentos diferentes da vida da pessoa. O primeiro momento é realizado ainda no internamento em contexto de enfermaria, onde o médico e o enfermeiro se dirigem junto da pessoa, com o objetivo de perceber se o mesmo apresenta alguma sequela física ou psicológica/cognitiva como consequência do internamento no SMI. O segundo momento surge após três meses de alta hospitalar, sendo que este permite não só a avaliação e observação da pessoa, como também da sua família, dado que o familiar significativo é igualmente convocado para a consulta. É neste momento que é possível aferir possíveis sintomas de desenvolvimento SPICI na família.

Com a possibilidade de participar e colaborar no segundo momento das consultas de *follow-up*, foi-me possível escutar os sentimentos e emoções transmitidos e relatados tanto pela pessoa, como pela família. As pessoas verbalizavam, na maioria das vezes, que o que mais sentiam falta durante o internamento no SMI era a impossibilidade de poder beber água, o medo da noite pelos barulhos inerentes ao ambiente de cuidados intensivos e a ansiedade que surgia com o desejo da recuperação e regresso ao lar. No caso dos familiares, denotava-se uma preocupação extrema com o bem-estar dos seus entes queridos, verbalizando o medo de “voltar a ser internado”, muitas das vezes estes familiares tinham a sua vida financeira prejudicada pela adoção do papel de cuidador.

Após cada consulta é realizado o encaminhamento para um médico assistente decorrente dos sinais e sintomas detetados, quer na pessoa, quer no seu familiar/cuidador.

A oportunidade de assistir às consultas de *follow up* e a inclusão da família nos cuidados de enfermagem durante o internamento no SMI, proporcionaram-me o aperfeiçoamento das competências comunicacionais e relacionais com a pessoa, família e equipa multidisciplinar e interdisciplinar, no que respeita à promoção da expressão de emoções e sentimentos, bem como à empatia demonstrada constantemente na assistência às perturbações emocionais.

**Objetivo 6:** Assistir a pessoa, família/cuidadores nas perturbações emocionais consequentes da situação crítica e/ou falência orgânica.

Seguindo a linha de pensamento da reflexão elaborada para objetivo enunciado anteriormente, surge a necessidade de fazer a ligação com o papel da família da PSC.

Segundo *International Council of Nurses* (ICN, 2019), a família é constituída “... *por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes*” (International Council of Nurses [ICN], 2019).

A admissão da PSC numa UCI envolve, na maioria das vezes, familiares ou pessoas significativas. Decorrente do internamento, a família atravessa um conjunto de experiências emocionais e de sofrimento, às quais, Meleis (2007) nomeia como transição, isto é, um período de vida da pessoa que ocorre entre dois momentos estáveis com momentos de continuidade e descontinuidade. Logo, a família experiencia uma transição situacional, uma vez que o internamento do seu familiar se constitui como um momento crítico que obriga à redefinição de papéis e à reorganização familiar (Carvalho, 2020).

Deste ponto surge o papel de destaque do EE relativamente aos enunciados descritivos “Satisfação do cliente” e “O Bem-estar e o Autocuidado” presentes nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, no qual é preconizado que o EE seja capaz de gerir a comunicação interpessoal e a informação dada à PSC e família, implementando técnicas de comunicação que facilitem a relação terapêutica e que seja capaz de implementar intervenções que contribuem para o processo de transição situacional. Na procura constante de níveis elevados de satisfação da PSC e sua família, o EE utiliza estratégias de comunicação verbal e não-verbal durante a prestação de cuidados, estabelece relações de confiança e empatia que permitem o envolvimento e parceria nos cuidados, respeita as crenças e valores e avalia a satisfação de todas as pessoas envolvidas no processo da prestação dos cuidados especializados, maximizando o bem-estar da PSC (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

No decurso dos estágios, consoante a situação clínica da pessoa, a minha intervenção passou pela partilha de informação, realização de ensinamentos e responder às questões formuladas pela pessoa e sua família. Foi, sempre que possível, envolvida a família, delineando estratégias de inclusão da mesma, conforme o desejo da PSC. Segundo Romero-García *et al.* (2013), os cuidados satisfatórios são aqueles que englobam a componente humanística e científica, que se executam de forma contínua, proporcionando confiança, segurança e bem-estar.

Exemplificando o que foi exposto anteriormente, foi o caso de um senhor que, desde a admissão no SMI até ao momento da sua morte, a filha, como familiar mais próximo e significativo do mesmo, esteve sempre presente e envolvida nos cuidados que eram prestados ao pai, por desejo do mesmo. Recordo, ainda numa fase inicial, os momentos em que a filha encorajava o pai na utilização da máscara de ventilação não invasiva, demonstrando sempre reforço positivo e, com a equipa multidisciplinar, manteve sempre uma posição de interajuda. Já numa fase de agravamento do estado geral do pai, onde a realidade do desfecho estava presente, a equipa do SMI permitiu o acompanhamento de 24 horas por dia, dando a possibilidade de a filha pernoitar junto do seu familiar.

No contexto do SU, o cuidado à família da PSC é da responsabilidade dos profissionais de saúde, uma vez que esta necessita que estes profissionais entendam os seus sentimentos e prestem atenção às suas necessidades.

De acordo com Jorge & Madureira (2020), as principais necessidades da família são a segurança e a informação. Os familiares referem que necessitam de “ter a certeza de que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis”, “sentir que os profissionais se preocupam com o seu familiar”, “obter respostas sinceras/honestas às questões colocadas”, “serem atualizados frequentemente”, “receber informações que compreendam”, “falar com um enfermeiro”, “falar com um médico” e de “ter a certeza de que o conforto do seu familiar está assegurado”. Porém, a família, na grande maioria das situações, não é autorizada a permanecer junto da PSC. No entanto, tive sempre a preocupação de questionar a presença de algum familiar na sala de espera e solicitar a autorização por parte da equipa médica para a presença do familiar na sala de emergência, sempre que fosse oportuno.

À semelhança do caso apresentado no SMI, no SU foi-me possível experienciar situações semelhantes e de igual impacto no que respeita à inclusão da família. Lembro-me da admissão de uma senhora idosa, na sala de emergência, com um agravamento da sua situação clínica, onde os recursos médicos/cirúrgicos e possíveis meios complementares de diagnóstico eram fúteis para a reversibilidade do seu estado de saúde. A filha encontrava-se do lado de fora da sala, ansiosa pelas notícias sobre o estado de saúde da sua mãe e, para comunicar sobre o mesmo, reuni juntamente com a médica responsável e a senhora numa sala, à parte de toda a azáfama presente no SU. Após a explicação do estado clínico da senhora e o desfecho previsível da situação, a minha atuação enquanto futura EE, passou pelo apoio e suporte no que foi o impacto da notícia recebida, assistindo a familiar no início

da transição situacional relacionada com a perda de ente querido. Para além destas intervenções, também foram prestadas palavras de apoio e conforto à família, foi possível a presença de mais um elemento familiar significativo para a PSC e, ainda, a presença do capelão da instituição, visto que a filha demonstrou gosto e crenças relativamente à religião católica, ajoelhando-se junto do leito da mãe para rezar.

Após reflexão das experiências vivenciadas, compreende-se que, ao longo de todo este trajeto, houve adaptação da comunicação à complexidade da situação clínica da pessoa, assistindo a família no processo de transição, uma vez que a qualidade do cuidado prestado não depende apenas da presença da competência técnica, mas especialmente, da habilidade que se possui para comunicar e interagir com a PSC e a sua família (Pinho, 2020).

Assim sendo, é possível afirmar que enquanto futura EE, adquiri competências no que toca ao cuidado da pessoa, família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mobilizando competências em técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação, na gestão da ansiedade e do medo, bem como na dignificação da morte e dos processos de luto, prestando apoio e assistência à PSC e sua família no processo de transição e adaptação de saúde-doença, envolvendo-os em todo o processo de cuidar. Ressalto que, todo o meu percurso foi direcionado para o cuidar da PSC e sua família, estabelecendo relações terapêuticas eficazes e adequadas.

### **3. DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA À HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO**

De acordo com a descrição e análise das atividades desenvolvidas, no capítulo anterior, para a consecução dos objetivos, aquisição e desenvolvimento de competências de EE, o presente capítulo serve de síntese final, com recurso à reflexão e fundamentação científica sobre a temática central deste documento, a comunicação com a PSC e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa.

A enfermagem, enquanto profissão, surgiu na segunda metade do século XIX com Florence Nightingale, num período onde as necessidades de melhoria de condições de vida das populações eram uma preocupação, nomeadamente o controlo das doenças infecciosas (Collière, 1999 cit as Oliveira, 2020). Neste contexto deu-se relevo à humanização de cuidados.

O cuidado centrado na pessoa e na sua individualidade requer dos enfermeiros o reconhecimento da pessoa enquanto um ser único com os seus problemas. Segundo Tehranineshat *et al.* (2019), a humanização é considerada como o primeiro princípio ético dos cuidados, com o objetivo de proporcionar cuidados de alta qualidade, uma vez que o cuidar envolve a preservação e proteção da dignidade humana, não descorando os valores, as atitudes, as interações e os conhecimentos, demonstrando estudo, reflexão e ação para o compromisso do cuidar.

De acordo com Ghanbari-Afra *et al.* (2022), a humanização dos cuidados é o resultado do trabalho exercido pelo enfermeiro na forma dinâmica de cuidar das pessoas, combinando a ciência, a arte e a espiritualidade. Este cuidado é descrito como subjetivo e único que promove a harmonia entre o corpo e alma, desenvolvendo a espiritualidade tanto de quem recebe os cuidados, a pessoa, como do cuidador, o enfermeiro. É um cuidado que visa proporcionar o máximo de bem-estar e conforto, aumentar a empatia e o respeito pelos direitos, privacidade e segurança da pessoa, e promove a ética do cuidado.

São ainda, identificadas como características da humanização dos cuidados, o estabelecimento de uma comunicação terapêutica, a presença do enfermeiro junto do leito da pessoa e a prestação de cuidados informados e sustentados na evidência científica (Ghanbari-Afra *et al.*, 2022).

Com o intuito de alcançar a humanização dos cuidados, todos os enfermeiros devem, em primeiro lugar, refletir individualmente sobre a sua prática clínica diária, as suas competências e as suas limitações. Aqui, o enfermeiro deve questionar, se presta cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa e sua família, baseados em princípios éticos e morais que regem a profissão, tais como o respeito, a confiança e a dignidade. Em segundo lugar, para o desenvolvimento de melhores relações interpessoais com a pessoa e sua família, os enfermeiros devem aprender a combinar a competência técnica e a não-técnica, bem como demonstrar interesse e dedicar mais tempo aos mesmos (Anguita *et al.*, 2019).

Assim, percebe-se que o processo do cuidado humanizado, vai muito além da prestação de cuidados à pessoa, envolvendo várias dimensões: o enfermeiro, que é visto como uma pedra angular em todo o processo, através das suas atitudes e comportamentos que humanizam os cuidados prestados; as relações humanas que são estabelecidas e mantêm a continuidade dos cuidados centrados na pessoa e sua família, nos quais se dá ênfase ao acolhimento e à utilização das competências de comunicação; e a equipa multidisciplinar através do trabalho de equipa desenvolvido, das relações estabelecidas no seio da mesma e do estabelecimento de objetivos comuns (Anguita *et al.*, 2019).

O paradigma dos cuidados humanizados exige que os enfermeiros adquiram e demonstrem competências de comunicação com a pessoa e sua família e, percecionem as suas necessidades físicas e emocionais.

De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN, 2019), a comunicação é definida como um comportamento interativo, isto é “...dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (*International Council of Nurses* [ICN], 2019), sendo considerada para os enfermeiros, como um foco de atenção no que respeita à elaboração e planificação do plano de cuidados.

A comunicação é uma habilidade de relacionamento entre seres humanos, de partilha e de construção, intrínseca à existência do ser humano e que implica a transmissão de uma

mensagem. Segundo Phaneuf (2005) citado por Campos (2017), na comunicação, as trocas envolvem duas componentes, uma parte informativa, relacionada com o domínio cognitivo, correspondendo ao “o quê” da mensagem, e uma parte mais afetiva que se relaciona com a forma como é transmitida, ou seja, “o como” da mensagem. Através da comunicação, é possível apreender e compreender as interações, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa, podendo criar laços significativos com a mesma.

São vastos os estudos que indicam que a percepção do outro perante o eu, é concebida por dois tipos de comunicação: verbal e não-verbal. A comunicação verbal é caracterizada pela utilização da linguagem através de palavras ou escrita de forma consciente, correspondendo apenas a 7% da comunicação. Já a comunicação não-verbal trata-se das outras formas de comunicar em que não são utilizadas palavras, mas que são capazes de atribuir-lhe significado, tais como os gestos/expressões gestuais, a postura corporal, as expressões faciais, o sorriso, o olhar, o silêncio, a aparência física e adornos e o toque (Sequeira, 2016).

No sector da saúde, a comunicação precisa de ser terapêutica, uma vez que objetiva os cuidados e, através deste favorece a tranquilidade, a autoconfiança, o respeito, a individualidade, a ética, a compreensão e a empatia pela pessoa cuidada (Campos, 2017). Phaneuf (2005) reforça ainda para a importância fundamental da comunicação, uma vez que esta é muito mais que uma opção do enfermeiro, é considerada uma condição “*sine qua non*” para a prestação de cuidados de qualidade.

Em consonância com o descrito anteriormente, o PNSD 2021-2026 reforça para a importância da comunicação ao longo de todo o processo de cuidados, dando especial ênfase aos momentos de transição de cuidados, da transferência ou passagem de informação entre os profissionais de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Segundo Freire (2017), a qualidade da transmissão de informação é imprescindível para a qualidade dos cuidados de saúde e baseia-se na comunicação eficaz entre as equipas multi e interdisciplinares.

Em conformidade com a DGS (2017a), a continuidade de cuidados deve reger-se por uma comunicação eficaz na transmissão de informação entre os profissionais de saúde, a fim de promover segurança da pessoa e qualidade nos cuidados prestados. Para isto utilizei a técnica ISBAR aquando das passagens de turno nos contextos da prática clínica, transmitindo

informação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelos colegas.

A metodologia ISBAR é uma ferramenta que promove a uniformização da comunicação, contribuindo para a rápida tomada de decisões e pensamento crítico, concomitantemente diminui o tempo na transferência de informação. Esta funciona como auxiliar de memória das informações complexas que têm de ser transmitidas verbalmente, em que I: corresponde à “Identificação” e localização precisa da pessoa doente, S: “Situação atual” onde são descritos os motivos atuais para a necessidade de cuidados de saúde, B: “Antecedentes” referente à descrição de antecedentes clínicos e de enfermagem, A: “Avaliação” corresponde às informações sobre o estado geral da pessoa, a terapêutica instituída, as estratégias de tratamento adotadas, bem como as alterações de estado de saúde, por último, R: “Recomendações”, isto é, a descrição das atitudes e do plano terapêutico (DGS, 2017a).

A comunicação entre profissionais de saúde, particularmente na partilha de informação da pessoa, é crucial na prestação de cuidados seguros e na promoção de bem-estar. Quando realizada atempadamente, é garantida a qualidade e continuidade dos cuidados à PSC.

De entre todas as teorias explicativas do processo de comunicar que surgiram ao longo dos anos, o modelo de Sahnnon & Weaver (1964) trouxe um dos principais contributos para a Teoria da Comunicação, onde identifica como elementos da mesma: o emissor, o recetor, o código, o canal de comunicação, o ruído, a mensagem e o texto. A presença destes elementos é necessária para que haja comunicação, no entanto a identificação dos todos os elementos nem sempre é fácil e a sua perturbação influencia o sucesso da mesma. Esta perturbação dos elementos de comunicação é frequente e poderá ocorrer com maior regularidade devido aos contextos de cuidados (Pina, 2020).

Tal como foi referenciado em capítulos anteriores, a PSC é aquela cuja sua vida se encontra ameaçada pela condição de saúde complexa, encontrando-se numa situação de vulnerabilidade acrescida. A família, como elemento integrante do sistema de comunicação, encontra-se igualmente fragilizada e com necessidade de se adaptar à transição situacional de saúde/doença do seu familiar. Frequentemente, a PSC encontra-se incapaz de comunicar e, é a sua família que tem de tomar as decisões para as quais não se sente preparados, particularmente em cuidados complexos e no processo de morrer (Momennasab *et al.*, 2019).

Os contextos de cuidados intensivos e urgência são, por si só, locais geradores de *stress*, de sentimentos de frustração, de impotência e de ansiedade para os intervenientes. Segundo a evidência científica, a pessoa experiencia sentimentos de medo, raiva, angústia e solidão quando se encontra incapaz de comunicar. No caso da sua família, os estudos referem que esta experiencia sentimentos de *stress* e receios face à condição clínica e imprevisibilidade do prognóstico do seu familiar e, ainda, referem sentir angústia perante o ambiente envolvente e dificuldade em compreender a informação transmitida pela equipa multidisciplinar (Momennasab *et al.*, 2019).

Perante a complexidade dos cuidados prestados à PSC e sua família, a comunicação é um fator crucial na qualidade dos cuidados, uma vez que a literatura refere que a principal necessidade da família é a informação (Pinho, 2020).

O enfermeiro com conhecimentos científicos sobre anatomofisiologia e competência na arte do cuidar deve ser um elemento diferenciado na comunicação (Pina, 2020). Perante isto e, segundo o Regulamento de Competências Específicas do EE em EMC na área de enfermagem da PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), o EE detém, perante os enfermeiros de cuidados gerais, competências de comunicação técnico-científicas avançadas na diminuição das barreiras de comunicação e capacidade de as adaptar face às circunstâncias e às situações de alta complexidade com que se depara. É ainda, competente na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e sua família, assistindo-as nas perturbações decorrentes da situação crítica de transição saúde/doença.

Ora, foi com base no supracitado, que se traduziu a minha prestação de cuidados nos contextos da prática clínica como EE, sendo capaz de adotar uma comunicação efetiva no cuidado à PSC e sua família, demonstrando conhecimento, empatia, destreza e segurança em todo o processo de transmissão de informação, tentando transpor-me para a posição da pessoa e família. Comunicar com calma e assertividade, na procura de transmitir confiança e credibilidade à pessoa e família, avaliando a compreensão das informações transmitidas e esclarecendo possíveis dúvidas. Foi, ainda, minha preocupação, perceber a trajetória de vida e o sentido para vida das pessoas que eram alvo dos meus cuidados, a fim de preservar o seu bem-estar psicológico, o olhar para a vida e a adesão aos tratamentos que eram instituídos. A criação de uma relação terapêutica entre a tríade de cuidados enfermeiro, pessoa e família permitiu, a todos os participantes, a aquisição e desenvolvimento de recursos através da expressão e partilha de sentimentos (Busch *et al.*, 2019).

Ainda assim, a comunicação assertiva, foi diversas vezes adotada, particularmente em situações em que era necessário a compreensão da influência que o tratamento teria sobre o prognóstico da pessoa, a gestão de expectativas e esperanças, a percepção da gravidade da doença e na iminência do processo de morte. Aliada à comunicação verbal, esteve presente a interpretação e compreensão da linguagem não-verbal, dando oportunidade para escutar ativamente, de consolar através do toque e de estabelecer contacto visual.

Na aquisição e desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, fui capaz de gerir a comunicação interpessoal, estabelecendo relações terapêuticas com as pessoas e suas famílias face às situações de alta complexidade do seu estado de saúde e assisti-las no decurso das suas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. Para tal adotei estratégias comunicacionais, tais como, transmitir informação atualizada e de forma regular, com recurso uma linguagem acessível à compreensão das pessoas, promover a realização de conferências familiares, demonstrar uma atitude empática, mantendo contato visual, tocando e escutando ativamente, acolher a família da PSC nos contextos, fornecendo informação escrita (guia de acolhimento) e verbal, apoiar emocionalmente, gerindo as expectativas e esperanças.

Ao atingir este nível de competências específicas e com respeito aos critérios de avaliação da mesma descritos no Regulamento n.º 429/2018 (2018) da OE, consigo afirmar que cuidei da PSC e família promovendo os enunciados descritivos “Satisfação do Cliente”, “O Bem-estar e o Autocuidado” enunciados nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na área de enfermagem da PSC. A implementação de todas as estratégias e posturas adotadas, tal como é referido ao longo de todo o documento, permitiram uma gestão da comunicação interpessoal e da informação fornecida à pessoa e sua família, bem como uma maximização do bem-estar, intervindo de forma eficiente, precisa e holística face à pessoa e sua família. Em situações de fim de vida, estas estratégias também foram implementadas a fim de facilitar os processos de luto e morte digna da PSC.

Para além das competências desenvolvidas perante a PSC e sua família, afirmo que desenvolvi competências comuns de EE, especificamente no domínio da melhoria contínua da qualidade através da adoção de um papel proativo para a garantia de um ambiente terapêutico e seguro e na fomentação de práticas seguras e de qualidade, no que respeita à comunicação com a equipa multidisciplinar (Regulamento n.º.140/2019, 2019).

Realço ainda, o desenvolvimento do meu autoconhecimento e assertividade através da reflexão da minha prática profissional e da observação das situações vivenciadas, o que possibilitou o aumento da minha autoconfiança e a satisfação no desempenho das minhas competências. Alicercei e fundamentei a prestação de cuidados especializados, na mais atual evidência científica sobre as temáticas em questão, desenvolvendo a competência “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, o que me permite afirmar que prestei cuidados de enfermagem especializados de qualidade.



## CONCLUSÃO

A reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências, enquanto futura EE, explanada neste relatório integra o processo de crescimento pessoal e profissional. O processo reflexivo foi resultante da conjugação dos saberes adquiridos na componente teórica deste mestrado, da experiência profissional subjacente, das experiências vivenciadas e da pesquisa de evidência científica que fundamentasse a prática dos cuidados.

O ser Enfermeira, Mestre e Especialista tem implícita uma componente de continuidade de aprendizagens pessoais e profissionais ao longo da vida, intrínseco não só à minha motivação pessoal, como também à componente ética e deontológica da profissão. Tal como as competências adquiridas serão continuamente desenvolvidas, através do saber, saber-fazer e saber ser, que advêm da conjugação entre as componentes teóricas, práticas e teórico-práticas.

No decurso desta caminhada adquiri e desenvolvi competências comuns de EE nos quatro domínios e, em simultâneo, desenvolvi as competências específicas de EE, através da consecução dos objetivos delineados para os contextos de estágio. Desta forma, a oportunidade de ser uma interveniente proativa com autonomia própria para traçar o meu percurso, tornou-o individualizado, favorecendo o meu contexto, experiências e objetivos, num reconhecimento das minhas competências e limitações para potenciá-las não só como profissional em enfermagem, mas enquanto ser humano.

Para a aquisição e desenvolvimento de competências, escolhi contextos de estágio que me fossem motivadores e desafiantes, não só pelas características intrínsecas de cada um, como pelo leque de oportunidades de aprendizagem. O estágio intitulado de “Vigilância e Decisão Clínica” que decorreu num serviço de cuidados intensivos monovalente, foi fundamental para a compreensão dos cuidados inerentes à pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica, desenvolvimento de competências na prevenção de complicações e na antecipação de focos de instabilidade hemodinâmica. O “Estágio Final” foi realizado, primeiramente, numa unidade de cuidados intensivos, onde desenvolvi dinâmicas de trabalho em equipa, prestação de cuidados à PSC com necessidades de terapias de suporte de vida e formação à equipa de enfermagem. Posteriormente, fui para um serviço de urgência que me permitiu desenvolver

competências na gestão de prioridades, dinamização de resposta em situações de emergência e atuação do enfermeiro na sala de emergência. Em todos os contextos desenvolvi a comunicação terapêutica, o espírito de equipa e a prática informada na evidência.

A escolha da temática do papel da comunicação enquanto tema central deste documento, deveu-se ao reconhecimento da sua importância nos cuidados à pessoa e família em situação crítica enquanto intervenção especializada de enfermagem. Contudo, não foi descurada a importância da atuação imediata na recuperação da PSC, por exemplo, em situações de emergência. Mantive sempre presente a noção da maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, onde a colaboração nos processos de auditoria despertou uma maior atenção e cuidado na implementação das boas práticas.

Este percurso apresentou algumas dificuldades, tais como a conciliação da vida pessoal, trabalho e estágios, o tempo disponível para a realização dos projetos de melhoria para os contextos. Todavia, apesar das dificuldades sentidas, a minha vontade, motivação e a capacidade adaptativa foram fundamentais para findar o percurso.

Em suma, toda a formação construída com o Mestrado em Enfermagem, com especialização em EMC, na área de enfermagem à PSC, foi um marco de relevo no desenvolvimento do meu juízo crítico e de conhecimentos, contribuindo para um novo olhar sobre a enfermagem, de ser capaz de lhe atribuir novos significados. O conhecimento em enfermagem emerge de uma prática informada na evidência com recurso a fontes fidedignas, dando preferência à investigação como base de sustentação das práticas especializadas de qualidade e excelência de forma a contribuir para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e arte do cuidar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdullayev, R., Uludag, O., & Celik, B. (2019). Índice de Analgesia/Nocicepção: avaliação da dor aguda pós-operatória. *Revista Brasileira Anestesiologia*, 69(4), 396-402. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.01.003>
- Achury Saldaña, D. M., Pinilla Alarcón, M., & Alvarado Romero, H. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Investigación y educación en enfermería*, 33(1), 102-111. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a12>
- Alves, A. P. L. (2012). *A Comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva: perspectiva do enfermeiro*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1199>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA.
- Anguita, M. V., Sanjuan-Quiles, A., Ríos-Risquez, M. I., Valenzuela-Anguita, M. C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 59-68. <https://doi.org/10.12707/RIV19030>
- Anunciada, S., & Lucas, P. (2021). Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto hospitalar: Revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 8(1), 145–154. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154>
- Bento, M. F. da S. (2017). *Identificação e intervenção sobre os fatores que aumentam a vulnerabilidade do doente crítico: uma função especializada de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório

Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.  
<http://hdl.handle.net/10400.26/18958>

- Busch, I., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A., & Rimondini, M. (2019) Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *The patient*, 12(5), 461-474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 15(1), 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Carvalho, D. F. T. (2020). *Perspetiva dos familiares da pessoa em situação crítica sobre o uso de contenção mecânica*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/66067>
- Costa, M., & Gonçalves, D. C. (2021). The Balance between the Art of Care and Nursing as Science: Historic Perspective. *Lusíadas Scientific Journal*, 2(2), 62-64. <https://doi.org/10.48687/lcj.v2i2.58>
- Cruz, A. G., Gomes, A. M. T., & Parreira, P. M. S. D. (2017). Focos de atenção prioritários e ações de enfermagem dirigidos à pessoa idosa em contexto clínico agudo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 73-82. <https://doi.org/10.12707/RIV17048>
- Cruz, C. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagnóstico e tratamento*, 21(3), 106-108. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt\\_v21n3\\_106-108.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf)
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República, n.º 157, Série I de 2018-08-16, 4147-4182. <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Decreto-Lei n.º 161/1996 de 4 de setembro. Diário da República n.º 205, Série I-A de 1996-09-04, 2959 – 2962. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir* (1ª edição). Almedina.

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. Diário da República, nº187, Série II de 2021-09-24, 96-103.

<https://www.arsnorte.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)

Freire, R. N. (2017). *Perceção dos Enfermeiros acerca da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=GjWLvloe>

Forero, R., Nahidi, S., de Costa, J., Fatovich, D., FitzGerald, G., Toloo, S., McCarthy, S., Mountain, D., Gibson, N., Mohsin, M., & Man, W. N. (2019). Perceptions and experiences of emergency department staff during the implementation of the four-hour rule/national emergency access target policy in Australia: a qualitative social dynamic perspective. *BMC health services research*, 19(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3877-8>

Ghanbari-Afra, L., Adib-Hajbaghery, M., & Dianati, M. (2022). Human Caring: A Concept Analysis. *Journal of Caring Sciences*, 11(4), 246-254. <https://doi.org/10.34172/jcs.2022.21>

- Grupo de trabalho de certificação do Projeto HU-CI. (2019). Manual de boas práticas de humanização em Unidades de Terapia Intensiva. Madrid. <https://proyectohuci.com/es/buenas-practicas/>
- Higgs, A., McGrath, B. A., Goddard, C., Rangasami, J., Suntharalingam, G., Gale, R., Cook, T. M., Difficult Airway Society, Intensive Care Society, Faculty of Intensive Care Medicine, & Royal College of Anaesthetists (2018). Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults. *British journal of anaesthesia*, 120(2), 323–352. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.10.021>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jorge, S. G., & Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, 12(2), 05-11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2), 132-140. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160027>
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (6ª edição). Lippincot Williams and Wilkins.
- Momennasab, M., Ardakani, M. S., Rad, F. D., Dokoohaki, R., Dakhesh, R., & Jaberi, A. (2019). Quality of Nurses' Communication with Mechanically Ventilated Patients in a Cardiac Surgery Intensive Care Unit. *Investigación y educación en enfermería*, 37(2), e02. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e02>
- Morais, D. P. P. (2017). *Prevenção das Infecções associadas a Cuidados de Saúde em Medicina Intensiva*. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Institucional da Universidade da Beira Interior. [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8046/1/5485\\_11065.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8046/1/5485_11065.pdf)
- Oliveira, I. M. M. de S. (2020). *Humanizar os cuidados: norma de orientação clínica para uma unidade de cuidados intensivos*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do

Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/69486>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)

Parecer n.º11/CNECV/95. (1995). Parecer sobre aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida. *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*. <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/11-cnecv-95?year=2018>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (1ª edição). Lusociência.

Pina, S. F. de M. (2020). *Comunicar com a pessoa em situação crítica e família: uma competência especializada*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/32918>

Pinho, C. (2020). *A Comunicação no cuidado especializado ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum da Escola Superior de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.26/33790>

Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ª edição). Lidel.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2018). *Fundamentos de Enfermagem* (9ª edição). Elsevier.

Radaelli, C., Kunz da Costa, A. E., & Pissaia, L. F. (2019). O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 8(6), 01-16. <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i6.1057>

- Rego, A., & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68-75. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>
- Regulamento n.º 101/2015 Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro Gestor. (2015). Diário da República, n.º 48, Série II de 2015-03-10, 5948-5952. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_101\\_2015\\_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf)
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República, n.º 26, Série II de 2019-02-06, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 361/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2015). Diário da República, n.º 123, Série II de 2015-06-26, 17240-17243. <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República, n.º 135, Série II de 2018-07-16, 19359-19370. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 Regulamento que define o ato do enfermeiro. (2022). Diário da República, n.º 131, Série II de 2022-07-08, 179-182. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República, n.º 184, Série II de 2019-09-25, 128-155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª edição). Lusociência.

- Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Jover-Sancho, C., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Sola-Ribo, M., Juandó-Prats, C., Ricart-Basagaña, M. T., & Sola-Sole, N. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción [Perception of the critical patient on nursing cares: an approach to the concept of satisfaction]. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>
- Santos, J. P. C. O. (2021). *Aquisição de competências para o cuidado especializado ao doente crítico*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Ciências da Saúde do Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/34716>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª edição). Lidel.
- Shannon, C., & Weaver, W. (1964). *The mathematical theory of communication* (16ª edição). Illinois.
- Silveira, R. E., & Contim, D. (2015). Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 2113-2122. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2113-2122>
- Tavares, T., Camões, J., Carvalho, D. R., Jacinto, R., Vales, C., M., & Gomes, E. (2019). Assessment of patient satisfaction and preferences with an intensive care diary. Avaliação da satisfação e das preferências do doente com o diário em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 31(2), 164-170. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190028>
- Tehranineshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., & Fararouei, M. (2019). *Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review*, 111(5), 546-554. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.04.002>
- Torres, J., Carvalho, D., Molinos, E., Vales, C., Ferreira, A., Dias, C. C., Araújo, R., & Gomes, E. (2017). The impact of the patient post-intensive care syndrome components upon caregiver burden. *Medicina Intensiva*, 41(8), 454-460. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.12.005>

Verde, B. C. C. (2013). *Contributo para a implementação do método por enfermeiro de referência*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].  
Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.  
<http://hdl.handle.net/10400.26/16189>

## APÊNDICES



## APÊNDICE I – Projeto de Estágio





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA·PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório**

**Projeto de Estágio:**

**“Humanização dos cuidados: a importância da  
comunicação como pilar dos cuidados especializados”**

**Estudante: Joana Filipa Ferreira Sequeira**

**Sob orientação: Professora Doutora Helena Penaforte**

**Porto, Setembro de 2022**



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APA** - *American Psychological Association*

**EMC** – Enfermagem Médico-cirúrgica

**PSC** – Pessoa em Situação Crítica

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**SMI** – Serviço de Medicina Intensiva

**SU** – Serviço de Urgência



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	75
1. OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER .....	77
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85



## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no plano curricular do 15º Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), foi proposta a elaboração do presente projeto de estágio com o intuito de enunciar os objetivos e planear as respetivas atividades, servindo como guia orientador na prática clínica, no decorrer dos estágios integrados na unidade curricular.

O estágio irá ser realizado em dois contextos de um hospital da região norte, exigindo 840h de trabalho, das quais, 360h são relativas às horas de contacto na prática clínica em ambos os contextos e, as restantes, são referentes ao trabalho individual desenvolvido pelo estudante, às orientações tutoriais e à participação nas sessões de seminário. O estágio irá decorrer no período de 5 de setembro a 17 de dezembro de 2022, inicialmente no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e, posteriormente, no Serviço de Urgência (SU).

Ao longo destes 4 anos de prática clínica como enfermeira generalista, aprez-me salientar a experiência no meu local de trabalho atual, num Serviço de Cuidados Intensivos, onde exerço funções há dois anos, pela experiência e desafios quotidianos na abordagem da pessoa em situação crítica. Estes despertaram-me para a necessidade de investir na busca de mais conhecimentos, além do meu interesse particular, pelo que decidi ingressar no mestrado e, a partir daqui otimizar o presente percurso académico. Neste seguimento, pretendo desenvolver nos contextos clínicos acima referidos, um dos pilares da humanização dos cuidados de enfermagem, a comunicação com a PSC e família/cuidadores que, segundo Riley (2004), é de extrema importância na relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a família, não descurando a importância da mesma em situações complexas, onde o medo, o sofrimento e a ansiedade estão presentes.

Estruturalmente, além do presente introito, o projeto contempla um capítulo constituído por dois subcapítulos, sendo em ambos, explanados os objetivos gerais e específicos, assim como as respetivas atividades que a estudante pretende desenvolver como enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC. Por último, é apresentada uma breve conclusão deste projeto, reforçando o propósito do referido estágio e possíveis alterações a introduzir no mesmo, na medida em que tem em vista promover o desenvolvimento de

competências de enfermeiro especialista na área específica que me motiva e que me proponho caminhar.

A elaboração do presente documento teve por base a utilização de uma metodologia descritiva e reflexiva acerca das atividades que pretendo executar, com vista a alcançar os objetivos gerais e específicos delineados.

No que concerne ao tratamento das referências bibliográficas, utilizei as normas preconizadas pela 7ª edição das Normas *American Psychological Association* (APA, 2020). Refiro, ainda, que o documento foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

## 1. OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

Tendo como base, o Regulamento nº 140/2019 (2019) da Ordem dos Enfermeiros (OE) relativo às competências comuns do enfermeiro especialista e o Regulamento nº 429/2018 (2018) da OE referente às competências do enfermeiro especialista em EMC e às competências do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC, defini os objetivos gerais, para além dos definidos no guia da unidade curricular, e específicos que me proponho atingir no decorrer deste estágio, assim como as atividades que pretendo desenvolver com vista ao alcance dos mesmos.

**Objetivo geral:** Desenvolver competências e habilidades na área de prestação de cuidados especializados e individualizados, de acordo com as diretrizes éticas e deontológicas que regem as práticas da profissão de enfermagem.

### **Objetivo específico:**

- Garantir a prestação de cuidados, tendo em conta a individualidade e dignidade da PSC, assegurando os direitos humanos e o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais à luz do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e no Regulamento n.º 613/2022 (2022).

### **Atividades:**

- Identifica problemas ético-deontológicos nos contextos clínicos;
- Aprofunda conhecimentos acerca da influência da dimensão ético-deontológica e legal no quotidiano dos enfermeiros;
- Reflete sobre a pertinência do enfermeiro especialista em EMC como participante no processo de tomada de decisão ética;
- Participa na tomada de decisão ética, deontológica e legal dentro da área de especialidade;
- Adota uma prática que respeite os princípios éticos e deontológicos.

**Objetivo Geral:** Desenvolver práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua.

### **Objetivos Específicos:**

- Observar a gestão de recursos, visando a qualidade dos cuidados prestados;
- Promover uma prática informada na evidência, adotando um papel ativo na investigação em Enfermagem;
- Prestar cuidados especializados com base na evidência, analisando e refletindo sobre a prática profissional diária e a sua influência na qualidade dos cuidados prestados;
- Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem através do cumprimento dos padrões de qualidade no âmbito da especialidade médico-cirúrgica.

### **Atividades:**

- Conhece e participa em projetos de melhoria contínua existentes nos contextos clínicos;
- Identifica oportunidades de melhoria e propõe sugestões de melhoria nos contextos clínicos;
- Intervém nas oportunidades de melhoria identificadas;
- Reflete sobre os fatores que podem afetar a qualidade e segurança dos cuidados;
- Promove os processos de transição de cuidado da PSC e da família/cuidador;
- Intervém com o gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;
- Contribui para o conhecimento e desenvolvimento da profissão de Enfermagem na área de especialização através do desenvolvimento da temática relativa à comunicação com a família/cuidadores da PSC.

**Objetivo Geral:** Desenvolver competências na área da coordenação e gestão dos cuidados especializados, recursos humanos e materiais.

### **Objetivos Específicos:**

- Integrar a equipa na sua dinâmica funcional e organizacional dos contextos clínicos;
- Conhecer a metodologia adotada na gestão dos contextos clínicos, ao nível dos recursos materiais/equipamentos, humanos e cuidados de enfermagem;
- Aprofundar conhecimentos acerca das funções dos enfermeiros que executam funções de gestão;
- Refletir sobre a influência da gestão na qualidade dos cuidados prestados.

**Atividades:**

- Recolhe informação relativa à estrutura e funcionamento dos contextos clínicos;
- Observa e integra a dinâmica funcional e estrutural dos contextos clínicos;
- Identifica as características físicas e organizacionais dos contextos clínicos;
- Descreve a articulação dos contextos clínicos com os outros serviços da instituição;
- Integra a equipa multidisciplinar, desenvolvendo a capacidade de trabalho em equipa;
- Realiza uma entrevista informal o/a enfermeiro/a chefe/responsável dos contextos clínicos com o objetivo de verificar o modelo de gestão adotado;
- Realiza turnos com o/a enfermeiro/a chefe/responsável dos contextos clínicos;
- Percebe a metodologia de trabalho adotada para a distribuição dos profissionais;
- Discute com os enfermeiros tutores sobre a influência das medidas de gestão de recursos e de cuidados na qualidade dos mesmos.

**Objetivo Geral:** Desenvolver competências especializadas, intervindo em situações que requeiram cuidados especializados na área da PSC, família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

**Objetivos Específicos:**

- Compreender o papel do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC para o desenvolvimento da profissão de enfermagem;
- Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre situações clínicas complexas, técnicas, fármacos e intervenções especializadas nos contextos clínicos;
- Desenvolver competências de atuação perante situações de urgência e/ou emergência e situação crítica, demonstrando capacidade de estabelecer prioridades e cuidados especializados informados na evidência científica;
- Aprimorar competências comunicacionais e relacionais com o doente, família e equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Assistir a pessoa, família/cuidadores nas perturbações emocionais consequentes da situação crítica e/ou falência orgânica.

**Atividades:**

- Observa a atuação do enfermeiro/a tutor/a durante a prestação de cuidados especializados;
- Mobiliza conhecimentos, habilidades e competências para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da PSC e sua família;
- Contribui no processo de tomada de decisão através da discussão do plano de cuidados nas suas múltiplas etapas (avaliação, identificação diagnóstica, planeamento de intervenções, implementação de intervenções, avaliação de resultados);
- Utiliza adequadamente os protocolos de processo e de procedimento instituídos na unidade;
- Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma;
- Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor;
- Utiliza adequadamente os equipamentos médicos e técnicos presentes nos contextos clínicos;
- Estabelece relação terapêutica eficaz com a pessoa e família/cuidador;
- Demonstra conhecimentos em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;
- Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa entubada e traqueostomizada;
- Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da PSC e ou falência orgânica;
- Identifica as principais necessidades apontadas pelos familiares da PSC;
- Reconhece o impacto das transições na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica;
- Envolve a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar;
- Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e ou falência orgânica;
- Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto;
- Colabora na prestação de cuidados especializados em situações de urgência e emergência, no contexto de sala de emergência;
- Compreende os fluxogramas da Triagem de Manchester;

- Participa na Triagem de Manchester nos turnos realizados em contexto de SU;
- Compreende e colabora na operacionalização das Vias Verdes;
- Reflete criticamente sobre as situações vivenciadas, com vista ao autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

**Objetivo Geral:** Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica.

**Objetivos Específicos:**

- Promover a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos;

**Atividades:**

- Utiliza evidência científica atualizada no âmbito da prevenção e controlo de infeção em contexto de PSC;
- Presta cuidados utilizando as normas e procedimentos instituídos e *guidelines* nacionais e internacionais para prevenção de infeção e segurança da PSC;
- Demonstra conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção gerais e específicos da instituição;
- Realiza ensinamentos à família relativamente às precauções básicas na prevenção de transmissão de infeção.



## CONCLUSÃO

Considero que a elaboração de um projeto de estágio é uma etapa essencial para a organização e planeamento das atividades a desenvolver durante os contextos, com o objetivo de aplicar os conhecimentos teóricos já adquiridos, aprofundá-los e, ainda, desenvolver as competências de enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC emanadas pela OE.

Assim, considero que este trabalho permitiu-me refletir sobre os meus objetivos pessoais e profissionais neste meu percurso de mestre.

Considero que estes estágios contribuem fortemente para o desenvolvimento da minha experiência no contexto de cuidados intensivos e urgência, os objetivos e atividades delineadas resultaram da reflexão sobre a minha experiência profissional, o previsto no plano de estudos deste curso de mestrado, as abordagens temáticas em unidades curriculares e partilhas com enfermeiros com experiência na área, mas também, da pesquisa sobre a área em questão. Desta forma, o projeto constituiu-se num documento aberto, sujeito a reformulações e modificações, de acordo com as orientações e discussões com a orientadora e os/as enfermeiros/as tutor(es) dos contextos clínicos atentos aos desafios da realidade contextual.

Em suma, os estágios previstos serão uma etapa gratificante, na medida em que me encontro motivada e disponível para otimizar as oportunidades de aprendizagem do percurso com determinação.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA.
- Decreto-Lei n.º 161/1996 de 4 de setembro. Diário da República n.º 205, Série I-A de 1996-09-04, 2959 – 2962. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Grupo de trabalho de certificação do Projeto HU-CI. (2019). Manual de boas práticas de humanização em Unidades de Terapia Intensiva. Madrid. <https://projectohuci.com/es/buenas-practicas/>
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República, n.º 26, Série II de 2019-02-06, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 361/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2015). Diário da República, n.º 123, Série II de 2015-06-26, 17240-17243. <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República, n.º 135, Série II de 2018-07-16, 19359-19370. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 Regulamento que define o ato do enfermeiro. (2022). Diário da República, n.º 131, Série II de 2022-07-08, 179-182. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª edição). Lusociência.



APÊNDICE II – Revisão Integrativa da Literatura: “Intervenções Autônomas de Enfermagem para a Promoção do Sono da Pessoa em Situação Crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos”





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Intervenções Autónomas de Enfermagem  
para a Promoção do Sono da Pessoa em  
Situação Crítica internada em Unidades  
de Cuidados Intensivos**

Revisão integrativa da literatura

Joana Filipa Ferreira Sequeira

Sob orientação da Prof<sup>ª</sup> Doutora Helena Penaforte

**Porto, outubro 2022**



## RESUMO

**Introdução:** Na literatura, a definição de sono assume diversos significados, porém a definição concebida pelo *International Council of Nurses* refere que o sono é caracterizado por uma redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, em que a pessoa não está alerta, mas prontamente é reversível através de estímulos externos. A promoção do sono é essencial para manutenção e recuperação da saúde do ser humano, pelo que se torna imperativo implementar intervenções autônomas sob única, exclusiva iniciativa e responsabilidade dos enfermeiros, que promovam a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto.

**Objetivos:** Identificar as intervenções autônomas de enfermagem na promoção do sono da pessoa em situação crítica internada em unidades de cuidados intensivos.

**Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura que utiliza a estratégia PCC apresentada pelo Joanna Briggs Institute, partindo da questão, Quais as intervenções autônomas de enfermagem na promoção do sono da pessoa em situação crítica internada em unidades de cuidados intensivos? A pesquisa foi realizada com recurso ao motor de busca *EBSCOhost* e todas as bases de dados associadas. Os descritores foram definidos recorrendo aos browsers dos descritores *MeSH* e dos Descritores em Saúde. Esta revisão decorreu ao longo do mês de setembro de 2022. A análise e seleção dos artigos foi realizada com recurso ao PRISMA.

**Resultados:** De um total de 105 artigos publicados entre janeiro de 2017 e setembro de 2022, 9 foram incluídos nesta revisão. De acordo com a literatura existem vários fatores que contribuem para a privação do sono, tais como o ruído, a luminosidade, os cuidados de enfermagem e os fatores intrínsecos à pessoa, a dor, a ansiedade, o medo e o desconforto. Foi possível identificar um total de 14 intervenções autônomas de enfermagem, agrupadas em dois grupos, das quais 7 são direcionadas para o ambiente circundante e 7 são direcionadas para a pessoa. As intervenções elencadas integram as intervenções sugeridas pela taxonomia NIC e foram construídas à luz da taxonomia *International Council of Nurses*.

**Conclusões:** Os enfermeiros dispõem de intervenções autônomas com integridade referencial ao diagnóstico do sono cujos resultados se medem na promoção do sono e no bem-estar da pessoa em situação crítica, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

**Palavras-chave:** Intervenções de Enfermagem; Privação do Sono; Qualidade do Sono; Unidades de Cuidados Intensivos



## ABSTRACT

**Introduction:** In the literature, the definition of sleep assumes several meanings, however, the definition designed by the International Council of Nurses states that sleep is characterized by a recurrent reduction of body activity, marked by a decrease in consciousness, in which the person is not alert, but is readily reversible through external stimuli. The promotion of sleep is essential for the maintenance and recovery of human health, so it is imperative to implement autonomous interventions under the sole, exclusive initiative and responsibility of nurses, which promote quality of life, well-being and comfort.

**Objective:** To identify autonomous nursing interventions to promote sleep in critically ill patients admitted to intensive care units.

**Methodology:** An integrative literature review was conducted using the PCC strategy presented by the Joanna Briggs Institute, starting with the question, What are the autonomous nursing interventions to promote sleep in critically-ill patients hospitalized in intensive care units? The search was performed using the EBSCOhost search engine and all associated databases. The descriptors were defined using MeSH and Health Descriptors browsers. This review took place throughout the month of September 2022. The analysis and selection of articles was performed using PRISMA.

**Results:** From a total of 105 articles published between January 2017 and September 2022, 9 were included in this review. According to the literature, there are several factors that contribute to sleep deprivation, such as noise, light, nursing care, and factors intrinsic to the person, such as pain, anxiety, fear, and discomfort. It was possible to identify a total of 14 autonomous nursing interventions, grouped into two groups, of which 7 are directed to the surrounding environment and 7 are directed to the person. The listed interventions integrate the interventions suggested by the NIC taxonomy and were built based on the International Council of Nurses taxonomy.

**Conclusion:** Nurses have autonomous interventions with referential integrity to sleep diagnosis whose results are measured in the promotion of sleep and the well-being of the person in critical condition, contributing to the provision of quality nursing care.

**Keywords:** Nursing Interventions; Sleep Deprivation; Sleep Quality; Intensive Care Units



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

JBI - Joanna Briggs Institute

NOC – Norma de Orientação Clínica

NREM - Movimento não rápido dos olhos

PCC - População, Conceito e Contexto

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REM - Movimento rápido dos olhos

SPICI – Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos



## ÍNDICE

Introdução.....	103
1. Sono em contexto de UCI: enquadramento teórico.....	105
2. Procedimentos Metodológicos .....	107
3. Resultados.....	109
4. Discussão .....	111
Conclusão .....	115
Referências Bibliográficas .....	117
Apêndices .....	121
Apêndice I – Tabela de evidências.....	123



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de identificação dos estudos - PRISMA <i>Diagram flow</i> .....	100
---	-----



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Intervenções Autónomas de Enfermagem para a Promoção do Sono.....	109
--	-----



## INTRODUÇÃO

A enfermagem, como disciplina e profissão, possui um conhecimento muito alargado, decorrente da investigação e da prática clínica, apresentando um método muito próprio de analisar e interpretar os fenómenos, no qual assenta a prática de enfermagem e são desenvolvidos conceitos e teorias que lhe permitem a fundamentação (Tomey & Alligood, 2004). Assim, pode-se afirmar que a prática de enfermagem informada na evidência, é promotora no desenvolvimento da disciplina de enfermagem (Meleis, 2007).

Nesta linha de pensamento e, no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no plano curricular do 15º Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, emerge a necessidade de dar resposta às questões levantadas no decorrer do exercício profissional, como também da realidade observada em contexto de estágio relativamente à problemática do sono na PSC internada em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

O sono, pela sua importância na manutenção e recuperação da saúde do ser humano, afeta a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto (Centeio, 2015). Devido à ocorrência comprovada de privação do sono nas UCI e o envolvimento direto com o desenvolvimento da Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), considerou-se pertinente a realização de uma revisão integrativa da literatura em torno deste foco de atenção e, posteriormente elaborar uma proposta de norma de orientação clínica (NOC), com o objetivo de elencar as intervenções autónomas de enfermagem na promoção do sono na PSC internada em UCI, contribuindo assim para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Por definição a PSC é aquela que tem a sua vida ameaçada por falência ou pela ameaça de falência de uma ou mais funções vitais, acarretando assim meios de monitorização, vigilância e terapêutica avançados (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Assim com a realização deste trabalho, foram delineados os seguintes objetivos:

- Identificar as intervenções autónomas de enfermagem na promoção do sono na PSC internada em UCI;

- Refletir sobre as ações dos profissionais de saúde perante a problemática anteriormente descrita;
- Sensibilizar para a importância da promoção do sono na PSC internada em UCI, tendo em vista a humanização e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Estruturalmente, além do presente introito, o trabalho contempla dois capítulos para que seja de fácil compreensão. No primeiro capítulo designado por “Sono em contexto de UCI – enquadramento teórico”, é esboçada a contextualização teórica da temática em estudo. No segundo, é referenciada a metodologia utilizada, nomeadamente os descritores utilizados, o diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Num terceiro e quarto capítulos são explanados os resultados obtidos e, posteriormente a discussão dos mesmos, respetivamente. Por último, é apresentada a conclusão onde estão patentes as conclusões obtidas, isto é, a resposta à questão de investigação.

No que concerne ao tratamento das referências bibliográficas, utilizei as normas preconizadas pela 7ª edição das Normas *American Psychological Association* (APA, 2020). Refiro, ainda, que o documento foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

## 1. SONO EM CONTEXTO DE UCI: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo *International Council Of Nurses* (ICN, 2019), o sono é definido como uma “redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos” (*International Council Of Nurses* [ICN], 2019).

Desta forma, o sono caracteriza-se por uma condição biológica dinâmica e essencial para o descanso, o bem-estar e para a preservação da homeostasia, equilíbrio e regulação de diversos sistemas orgânicos humanos (Marques, 2016). Assim, o sono torna-se fundamental para a recuperação em situação de doença e manutenção de uma boa saúde física e emocional, visto que a privação do mesmo é facilmente detetável através de manifestações comportamentais, como é o caso da diminuição dos reflexos, do equilíbrio, da memória, do aumento da fadiga e irritabilidade crescente (McKenna *et al.*, 2017).

Para melhor compreensão da relevância do sono na recuperação da PSC, é essencial que se compreenda a essência do seu mecanismo.

O sono é composto por diferentes estadios sequenciais que se encontram enquadrados em dois padrões fundamentais: o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM) e o sono com movimentos oculares rápidos (REM) (Centeio, 2015).

O sono NREM é compreendido por quatro estadios diferentes (NREM 1 a 4), correspondendo a um relaxamento progressivo. O estadio 1 é de transição, representa um estadio de transição entre a vigília e o sono profundo, caracterizando-se por pensamentos vagos e mioclonias da face, mãos e pés, onde a pessoa é facilmente despertável. O estadio 2 distingue-se do primeiro, no sentido em a pessoa apresenta um sono um pouco mais profundo, no qual não está consciente do que a rodeia, mas pode facilmente ser acordada. Este estadio tem a duração aproximada de 5 a 15 minutos. Os estadios 3 e 4, 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. Aqui, a pessoa dificilmente é despertada por estímulos ocasionais, correspondendo a uma duração variável entre os 15 e os 30 minutos (Centeio, 2015).

O sono REM constitui cerca de 25% do tempo total de sono. É neste estadio, onde ocorrem os sonhos e é considerado essencial ao bem-estar físico e psicológico do ser humano (Urden *et al.*, 2008).

Cada ciclo do sono é composto pelo sono NREM seguido do sono REM, repetindo-se cinco a seis vezes durante a noite e tem um período de duração de 90 minutos (Ganz, 2012). No decorrer da noite a duração do NREM diminui, enquanto o REM aumenta. Durante o sono NREM, a atividade cerebral é mais baixa, diminuindo a taxa metabólica, enquanto no sono REM, o cérebro encontra-se ativo e existe atonia do músculo esquelético (Watson *et al.*, 2012).

As UCI são consideradas os serviços de saúde, onde esta problemática apresenta níveis mais elevados e representam também, a origem mais relevante de informação presente na literatura (Watson *et al.*, 2012; Bani Younis *et al.*, 2019a).

A privação do sono é caracterizada por uma falta contínua de sono reparador e, que ao fim de algum tempo acarreta sequelas físicas e cognitivas na PSC. Segundo Tembo *et al.* (2013), alguns estudos revelaram que a privação do sono afeta os mecanismos de defesa do sistema imunitário, enfraquece as vias aéreas superiores, causando problemas respiratórios, o que leva a um prolongamento do suporte ventilatório e do internamento na unidade, podendo complicar o período pós-extubação, retardando assim o período de recuperação (Tembo *et al.*, 2013; Lim, 2018).

Os profissionais de saúde reconhecem a necessidade de promover um sono de qualidade na PSC, sendo que a compreensão dos fatores que contribuem para a privação do sono podem levar ao desenvolvimento de futuras investigações, bem como, à criação de protocolos de prevenção e resolução desta problemática.

De acordo com a literatura vários são os fatores que podem contribuir para a privação do sono, como é o caso da dor, da ansiedade, do desconforto, das intervenções multidisciplinares, da ventilação mecânica, das luzes e dos ruídos (incluindo os alarmes dos equipamentos, som dos telefones, as conversas entre profissionais). É assim, necessário a identificação dos fatores e das práticas que influenciam a privação do sono e que podem ser modificáveis, com vista à implementação de um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem para a promoção do sono no doente internado em UCI (Lim, 2018; Aparício & Panin, 2020).

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, desenvolvido com o objetivo de reunir e sintetizar achados de estudos realizados, mediante diferentes metodologias, com o propósito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativamente às intervenções autónomas de enfermagem na promoção do sono na PSC internada em UCI (Soares *et al.*, 2014).

O estudo teve como linhas orientadoras, as etapas preconizadas pelo *The Joanna Briggs Institute* (JBI, 2015), a formulação da questão de investigação para a elaboração da presente revisão, a especificação dos métodos de seleção dos estudos, o procedimento de extração dos dados, a análise e avaliação dos estudos incluídos e a e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado.

A presente revisão teve como questão norteadora: “Quais as intervenções autónomas de enfermagem na promoção do sono da PSC internada em UCI?”. Na estrutura desta questão, recorreu-se à estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) (JBI, 2015).

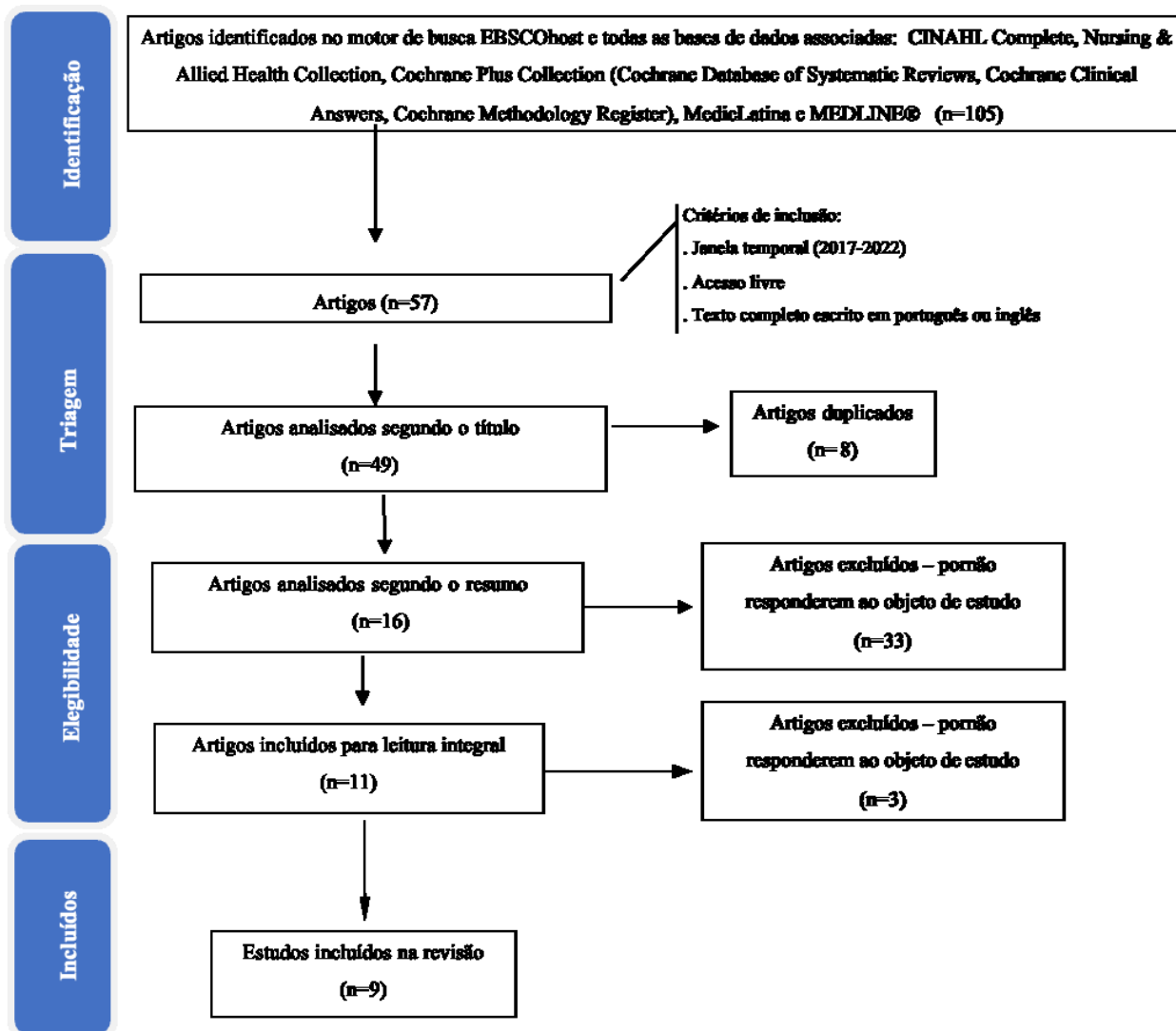
A colheita de dados ocorreu durante o mês de setembro de 2022 no motor de busca *EBSCOhost* e todas as bases de dados associadas: *CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection (Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Methodology Register), MedicLatina e MEDLINE® with FULL Text*. Os descritores/termos-chave foram definidos recorrendo aos browsers dos descritores *MeSH (Medical Subject Headings)* e dos Descritores em Saúde e onde se obtiveram os seguintes termos: “*critical care nursing*”, “*sleep deprivation*”, “*sleep quality*” e “*intensive care units*”. A aquisição dos descritores permitiu estruturar a frase booleana, com recurso à conjugação dos operadores booleanos *AND* e *OR* com os instrumentos adicionais, entre os quais, os parenteses e as aspas, formulando os termos de pesquisa: (“*critical care nursing*”) AND (“*sleep deprivation*” OR “*sleep quality*”) AND (“*intensive care units*”).

Os critérios de inclusão definidos para esta revisão integrativa foram: artigos escritos em português e inglês; artigos que respondessem à questão de investigação; artigos publicados nos últimos 5 anos (2017-2022). Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados nas bases de dados; artigos fora do âmbito da pergunta PCC e artigos sem texto integral.

Da pesquisa nas bases de dados, resultou a identificação de 105 artigos. Num primeiro momento, foi realizada uma leitura dos títulos e dos resumos encontrados. Posteriormente,

após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e a leitura integral dos artigos, estabeleceu-se uma amostra de 9 artigos. Num segundo momento, procedeu-se a uma análise criteriosa dos artigos selecionados, retirando dos mesmos as evidências relativas à questão de investigação elaborada. A análise e seleção dos artigos foi realizada com recurso ao PRISMA (Moher *et al.*, 2009), conforme se pode verificar na Figura 1.

Figura 1 – Processo de identificação dos estudos - PRISMA *Diagram flow*



### **3. RESULTADOS**

Com vista a facilitar a análise dos artigos incluídos na revisão, apresentamo-los sobre a forma de tabela (Apêndice I).



#### 4. DISCUSSÃO

A análise dos artigos selecionados, decorrentes da revisão de literatura, levam ao encontro de várias evidências e conclusões que dão resposta à questão em estudo.

De acordo com a literatura existem vários fatores que contribuem para a privação do sono e encontram-se descritos como fatores ambientais, ou seja, tudo o que rodeia o doente na unidade, como os equipamentos, o ruído e a iluminação. Outro fator salientado para esta problemática são os cuidados de enfermagem prestados no período noturno, impedindo o padrão de higiene do sono da PSC, sujeitando-a a múltiplos despertares noturnos (Bellon *et al.*, 2022).

A promoção do sono é essencial na PSC, pelo que se torna imperativo implementar intervenções autónomas de enfermagem que promovam um padrão de sono de qualidade, de forma a possibilitar uma recuperação do estado de saúde com maior rapidez. É, ainda, importante a existência de um ambiente de parceria e cooperação entre a equipa multidisciplinar e de sensibilização para a promoção do sono e a sua importância, com a finalidade na excelência de cuidados para o bem-estar e conforto da pessoa (Ding *et al.*, 2017; Bellon, *et al.*, 2022).

Tendo em conta o fator ambiental ruído, acima referido, a maioria dos estudos apontam como o fator que mais perturba o padrão de sono, sendo necessário o controlo do mesmo nas UCI. Assim, e de acordo com os autores dos artigos incluídos, a utilização de tampões para os ouvidos por parte da PSC permitem que a mesma apresente menos despertares noturnos e um aumento do sono REM. A redução do volume dos alarmes dos equipamentos e dos telefones presentes na unidade, o desligar as televisões, fechar as portas das unidades, moderar o tom de voz em conversa multidisciplinares e a adoção de “horários de silêncio” são intervenções descritas que também visam a promoção do sono (Akpinar *et al.*, 2022; Bani Younis *et al.*, 2019a; Bani Younis *et al.*, 2019b; Bellon *et al.*, 2022; Grimm, 2020; Karimi *et al.*, 2021). Segundo Lim (2018), os “horários de silêncio” consistem na redução da luz e do ruído, onde as interrupções junto da pessoa são minimizadas, permitindo a redução de administração de fármacos sedativos e a redução da incidência de *delirium*.

A luminosidade é um fator ambiental que segundo os estudos poderá ser controlada com a adoção de intervenções como a regulação da luz na unidade da PSC, utilizando o mínimo de luz necessária para a prestação dos cuidados e a possibilidade de facultar máscaras para os

olhos, sempre que a pessoa e a condição clínica o permitam (Aparício & Panin, 2020; Akpinar *et al.*, 2022; Bani Younis *et al.*, 2019a; Bani Younis *et al.*, 2019b; Bellon *et al.*, 2022; Grimm, 2020; Karimi *et al.*, 2021).

Relativamente aos fatores relacionados diretamente com a prestação de cuidados, o enfermeiro deve avaliar o estado da PSC e, a partir daí, gerir e planear as intervenções no período noturno. Os cuidados e/ou procedimentos devem de ser agrupados sempre que possível, evitando ao máximo a realização de procedimentos de rotina no período noturno, tendo sempre em consideração a situação clínica da pessoa (Aparício & Panin, 2020).

Para além destes fatores, é de extrema importância salientar todos aqueles que surgem inerentes à PSC internada numa UCI e que de certa forma, acabam por condicionar o padrão de sono e repouso, entre os quais é de destacar a dor, a ansiedade e o desconforto. Desta forma, a intervenção por parte da equipa de enfermagem torna-se importante, pois é pretendido que estes fatores sejam ao máximo minimizados, não permitindo efeitos prejudiciais para a pessoa. Aqui, as intervenções autónomas passíveis de controlo dos fatores passam pela orientação da PSC relativamente ao local onde se encontra, às horas e ao dia, gerir a analgesia em SOS para controlo da dor e posicionar a pessoa da forma que mais se sentir confortável e realizar técnicas de relaxamento (Aparício & Panin, 2020; Bani Younis *et al.*, 2019b; Bellon *et al.*, 2022).

Os estudos revelaram que as técnicas de relaxamento são essenciais para a indução do sono. Numa revisão sistemática da literatura verificou-se que a massagem de relaxamento pode melhorar a qualidade do sono, aumentando o relaxamento muscular, a circulação sanguínea e o conforto da PSC. A musicoterapia revelou produzir efeitos relaxantes, diminuindo o stress e o nível de ruído percebido pela pessoa (Jun *et al.*, 2021).

Após análise dos resultados obtidos da presente revisão, estes foram confrontados com as intervenções sugeridas pela NANDA, NIC e NOC (Johnson *et al.*, 2013), onde foi possível sistematizar as intervenções autónomas de enfermagem na promoção do sono na PSC internada em UCI de acordo com *International Council of Nurses* (ICN, 2019), tal como é possível verificar no quadro 1.

Quadro 1. Intervenções autónomas de enfermagem para a promoção do sono

<b>Atividade diagnóstica</b>	Avaliar sono
<b>Foco</b>	Sono: “ <i>Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.</i> ” ( <i>International Council of Nurses, [ICN], 2019</i> )
<b>Diagnóstico</b>	Sono Comprometido
<b>Objetivo</b>	Melhoria do Padrão de Sono
<b>Intervenções</b>	<p><u>Gerir ambiente físico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir os volumes dos alarmes e telefones no período noturno;</li> <li>- Desligar televisões;</li> <li>- Fechar as portas das unidades;</li> <li>- No período noturno diminuir a intensidade das luzes e utilizar preferencialmente a luz da unidade do doente;</li> <li>- Adotar “horário de silêncio”;</li> <li>- Moderar conversas entre a equipa multidisciplinar;</li> <li>- Alertar os colegas para a importância do tom de voz mais moderado.</li> </ul> <p><u>Intervenções direcionadas para a pessoa (dor, ansiedade e desconforto):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar o doente relativamente ao local, horas e data;</li> <li>- Gerir a analgesia em SOS;</li> <li>- Posicionamento confortável no leito;</li> <li>- Oferecer tampões auriculares e máscaras oculares no período noturno;</li> <li>- Realizar massagem de relaxamento;</li> <li>- Musicoterapia com fones, como técnica de relaxamento;</li> <li>- Agrupar cuidados e/ou procedimentos, sempre que possível.</li> </ul>

Torna-se, ainda, alvo de reflexão os resultados obtidos relativos à literacia em saúde dos profissionais de saúde relativamente à promoção do sono.

Segundo Bani Younis *et al.* (2019a), a problemática do sono é uma realidade presente nas UCI, contudo os profissionais não demonstram a atenção devida. É recomendado por outros autores, a sensibilização e sistematização da temática, aumentando a consciencialização sobre os fatores que contribuem para a privação do sono, a importância da redução do ruído entre profissionais de saúde e o respeito pelo padrão de higiene do sono da PSC (Aparício & Panin, 2020).

## CONCLUSÃO

Primeiramente, é essencial entender que o sono desempenha um papel fundamental na manutenção de uma boa saúde física e mental. Assim, é necessário assegurar a qualidade do sono nas UCI, que se revelam locais de grande complexidade devido à sua estrutura e funcionalidade e afetam, através de diversos fatores, a capacidade de sono da PSC.

Face ao exposto, a pesquisa realizada respondeu, com efeito, à questão e ao objetivo de investigação delineados para este estudo, uma vez que encontramos artigos, nos quais os autores se preocuparam em explicar de forma coerente os resultados obtidos. Na maioria dos estudos, conclui-se que existem diversos fatores que contribuem para a privação do sono da PSC internada em UCI, pelo que se torna crucial a adoção de intervenções autónomas de enfermagem com vista à melhoria contínua da prestação de cuidados, mantendo o bem-estar da pessoa.

As intervenções autónomas de enfermagem para a promoção do sono são recomendadas devido ao baixo custo económico, como também aos potenciais benefícios na redução do stress e da ansiedade e na promoção do relaxamento. Assim, destacam-se as técnicas de relaxamento e a gestão do ambiente na promoção do sono na PSC internada em UCI (Jun *et al.*, 2021).

Por conseguinte, a elaboração deste trabalho, permitiu reflexão e planeamento de intervenções de enfermagem, com base na evidência científica mais atual, tornando-o num fator preponderante no processo de tomada de decisão e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA.
- Aparício, C., & Panin, F. (2020). Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: a literature review. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(13), 770–776. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.13.770>
- Akpınar, R. B., Aksoy, M., & Kant, E. (2022). Effect of earplug/eye mask on sleep and delirium in intensive care patients. *Nursing in critical care*, 27(4), 537–545. <https://doi.org/10.1111/nicc.12741>
- Bani Younis, M. K., Hayajneh, F. A., & Alduraidi, H. (2019b). Effectiveness of using eye mask and earplugs on sleep length and quality among intensive care patients: A quasi-experimental study. *International journal of nursing practice*, 25(3), e12740. <https://doi.org/10.1111/ijn.12740>
- Bani Younis, M., Hayajneh, F., & Batiha, A. M. (2019a). Measurement and Nonpharmacologic Management of Sleep Disturbance in the Intensive Care Units: A Literature Review. *Critical care nursing quarterly*, 42(1), 75–80. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000240>
- Bellon, F., Beti-Abad, A., Pastells-Peiró, R., Casado-Ramirez, E., Moreno-Casbas, T., Gea-Sánchez, M., & Abad-Corpa, E. (2022). Effects of nursing interventions to improve inpatients' sleep in intensive and non-intensive care units: Findings from an umbrella review. *Journal of clinical nursing*, 10.1111/jocn.16251. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jocn.16251>
- Centeio, D. A. (2015). *Sono e Repouso do Cliente na Unidade de Cuidados Intensivos* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/20274>

- Ding, Q., Redeker, N. S., Pisani, M. A., Yaggi, H. K., & Knauert, M. P. (2017). Factors Influencing Patients' Sleep in the Intensive Care Unit: Perceptions of Patients and Clinical Staff. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 26(4), 278–286. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017333>
- Ganz, F. D. (2012). Sleep and Immune Function. *Critical Care Nurse*, 32(2), 19-25. <https://doi.org/10.4037/ccn2012689>
- Grimm J. (2020). Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient. *Critical care nurse*, 40(2), e16–e24. <https://doi.org/10.4037/ccn2020939>
- Hamze, F. L., de Souza, C. C., & Chianca, T. C. (2015). The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(5), 789–796. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0514.2616>
- Horsten, S., Reinke, L., Absalom, A. R., & Tulleken, J. E. (2018). Systematic review of the effects of intensive-care-unit noise on sleep of healthy subjects and the critically ill. *British journal of anaesthesia*, 120(3), 443–452. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.09.006>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute. <http://www.joannabriggs.org/>
- Johnson, M., Bulechek, G., Swanson, E., Butcher, H. K., Moorhead, S., & Maas, M. L. (2013). *Ligações NANDA NOC-NIC (3ª edição)*. Elsevier.
- Jun, J., Kapella, M. C., & Hershberger, P. E. (2021). Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care Units: A systematic review. *Intensive & critical care nursing*, 67, 103124. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103124>

- Karimi, L., Rahimi-Bashar, F., Mohammadi, S. M., Mollahadi, M., Khosh-Fetrat, M., Vahedian-Azimi, A., & Ashtari, S. (2021). The Efficacy of Eye Masks and Earplugs Interventions for Sleep Promotion in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 791342. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.791342>
- Lim R. (2018). Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, *32*(30), 41–48. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10873>
- Marques, M. A. (2016). *A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=JoQOeGYv>
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (6ª edição). Lippincot Williams and Wilkins.
- McKenna, H. T., Reiss, I. K., & Martin, D. S. (2017). The significance of circadian rhythms and dysrhythmias in critical illness. *Journal of the Intensive Care Society*, *18*(2), 121–129. <https://doi.org/10.1177/1751143717692603>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, *6*(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Pascoal, J. F. C., Marques, R. M. D., & Ribeiro, P. S. V. (2016). Fatores que influenciam a qualidade do sono na pessoa em Unidade de Cuidados Intensivos. *CuidArte Enfermagem*, *10*(2), 195-200. <http://hdl.handle.net/10400.10/2187>
- Regulamento n.º 361/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2015). Diário da República, n.º 123, Série II de 2015-06-26, 17240-17243. <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>

- Soares, C. B., Hoga, L. A., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem [Integrative review: concepts and methods used in nursing]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 335–345. <https://doi.org/10.1590/s0080-6234201400002000020>
- Tembo, A. C., Parker, V., & Higgins, I. (2013). The experience of sleep deprivation in intensive care patients: findings from a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive & critical care nursing*, 29(6), 310–316. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.05.003>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª edição). Lusociência.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5ª edição). Lusodidacta.
- Watson, P. L., Ceriana, P., & Fanfulla, F. (2012). Delirium: is sleep important?. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology*, 26(3), 355–366. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2012.08.005>

## Apêndices



## **Apêndice I - Tabela de Evidências**



<b>Nº de estudo</b>	<b>Título</b>	<b>Autor/Ano</b>	<b>Nível de evidência/Método</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Conclusões</b>
<b>E01</b>	“Benefits of quiet time interventivos in the intensive care unit: a literature review”	Rimen Lim  Ano: 2018	Revisão da literatura	Determinar a eficácia das intervenções de momentos de silêncio na melhoria da qualidade do sono dos doentes nas Unidades de Cuidados Intensivos.	As intervenções de momentos de silêncio podem ter vários efeitos fisiológicos positivos para os doentes, como demonstrado pela redução na administração de sedativos, frequência respiratória e incidência de delirium, melhorando o repouso dos doentes.
<b>E02</b>	“Effect of earplug/eye mask on sleep and delirium in intensive care patients”	Reva Akpınar, Meyreme Aksoy, Elif Kant  Ano: 2022	Estudo experimental randomizado	Investigar os efeitos do uso de tampões auriculares e máscaras oculares em doentes de Unidades de Cuidados Intensivos.	O uso de tampões auriculares e máscaras oculares em doentes de unidades de cuidados intensivos foram associados ao aumento da qualidade do sono.
<b>E03</b>	“Effectiveness of using eye mask and earplugs on sleep length and quality among intensive care	Mohammad Younis, Ferial Hayajneh, Hamza Alduraiddi  Ano: 2019	Estudo quasi-experimental com a realização de pré-teste e pós-teste	Avaliar o efeito do uso de tampões auriculares e de máscaras oculares na promoção da qualidade do sono dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos.	A utilização de tampões auriculares e de máscaras oculares é eficaz na promoção do sono dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos.

	patients: a quasi-experimental study”				
<b>E04</b>	“Effects of nursing interventions to improve inpatients' sleep in intensive and non-intensive care units: Findings from an umbrella review”	Filip Bellon, Aintzane Bet-Abad, Roland Pastells-peiró, Elvira Casado-Ramirez, Teresa Moreno-Casbas, Montserrat Gea-Sánchez, Eva Abad-Corpa  Ano: 2022	Revisão Sistemática da Literatura	Sintetizar efeitos das intervenções de enfermagem na qualidade do sono quer doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos.	O uso de tampões auriculares, de máscaras oculares e a musicoterapia parecem ser as intervenções de enfermagem mais eficazes para melhorar a qualidade do sono em doentes hospitalizados.
<b>E05</b>	“Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units	Carlos Aparício, Francesca Panin  Ano:2020	Revisão Sistemática da Literatura	Sintetizar as intervenções promotoras do sono dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos.	Todos os estudos desta revisão relataram que o ruído e os distúrbios causados pelos profissionais de saúde são os principais fatores de distúrbios no padrão de sono e repouso dos doentes internados em ambos os contextos;

	and acute wards: a literature s-review”				Todos os estudos recomendam a necessidade de educação entre profissionais de saúde, com vista ao aumento da consciencialização sobre os distúrbios do sono e a importância da redução do ruído.
<b>E06</b>	“Measurement and Nonpharmacologic Management of Sleep Disturbance in the Intensive Care Units”	Mohammad Bani Younis, Feryal Hayajneh, Abdu-Monim Batiha  Ano: 2019	Revisão da literatura	Identificar quais as medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para a promoção do sono em Unidades de Cuidados Intensivos.	O uso de tampões auriculares, máscaras oculares, musicoterapia e a redução dos níveis de luz e ruídos são intervenções que podem ser implementadas em Unidades de Cuidados Intensivos.
<b>E07</b>	“Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care units: A systematic review”	Jeehye Jun, Mary C. Kapella, Patricia E. Hershberger  Ano: 2021	Revisão sistemática da literatura	Sintetizar intervenções não farmacológicas do sono para doentes em Unidades de Cuidados Intensivos.	As intervenções não farmacológicas podem ter uma influência positiva na qualidade do sono em doentes críticos, mas são necessárias mais pesquisas para determinar sua eficácia.  As intervenções não farmacológicas como controlo ambiental e estratégias de relaxamento podem melhorar a

					qualidade do sono de doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos.
<b>E08</b>	“Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient”	Jessica Grimm  Ano: 2020	Revisão da literatura	Identificar as intervenções utilizadas para promover a qualidade do sono em doentes de Cuidados Intensivos.	As abordagens devem ser multifacetadas e devem incluir as rotinas de higiene do sono, os planos de cuidados de enfermagem, tendo em consideração a promoção do sono e o regime de medicação apropriado.
<b>E09</b>	“The Efficacy of Eye Masks and Earplugs Interventions for Sleep Promotion in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis”	Leila Karimi, Farshid Rahimi-Bashar, Seyyede Momeneh Mohammadi, Mohsen Mollahadi, Masoum Khosh-Fetrat, Amir Vahedian-Azimi, Sara Ashtari  Ano:2021	Revisão sistemática da literatura e meta-análise	Investigar os efeitos do uso de tampões auriculares e máscaras oculares em doentes de Unidades de Cuidados Intensivos.	De acordo com os dados apresentados no estudo, as intervenções não farmacológicas e de baixo custo, como a utilização de tampões auriculares e máscaras oculares, podem melhorar a qualidade do sono, bem como as experiências subjetivas do sono dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos.

APÊNDICE III – Norma de Orientação Clínica “Promoção do Sono da Pessoa em  
Situação Crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos”



## **1. INTRODUÇÃO**

Segundo *International Council Of Nurses* (ICN, 2019), o sono é definido como uma “redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos” (*International Council Of Nurses* [ICN], 2019).

Desta forma, o sono caracteriza-se por uma condição biológica dinâmica e essencial para o descanso, o bem-estar e para a preservação da homeostasia, equilíbrio e regulação de diversos sistemas orgânicos humanos (Marques, 2016). Assim, o sono torna-se fundamental para a recuperação em situação de doença e manutenção de uma boa saúde física e emocional, visto que a privação do mesmo é facilmente detetável através de manifestações comportamentais, como é o caso da diminuição dos reflexos, do equilíbrio, da memória, do aumento da fadiga e irritabilidade crescente (McKenna *et al.*, 2017).

Em contexto de unidades de cuidados intensivos (UCI), a pessoa em situação crítica (PSC) experiencia momentos de grande stress e de medo associados não só ao ambiente em que se encontra inserida, mas também, à incerteza face à sua condição clínica, desencadeando sentimentos de fragilidade. Estas modificações afetam a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto da pessoa, desencadeando a Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos (SPICI).

Face ao exposto é fulcral a adoção de intervenções autónomas de enfermagem para a promoção do sono da PSC internada em UCI. Assim, desenvolve-se a presente norma de orientação clínica (NOC), seguindo as orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2007), tendo por base evidência científica mais atual, com os objetivos de:

- Sensibilizar para a importância da promoção do sono na PSC internada em UCI, tendo em vista a humanização e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Uniformizar as intervenções autónomas de enfermagem à PSC de forma a promover o padrão de sono.

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da UCI

**Frequência:** A desenvolver ao longo de todos os turnos, com vista a promover o ciclo de sono e vigília da PSC.

**Orientações gerais:**

- As intervenções destinam-se a toda a PSC;
- A abordagem à PSC deve ser holística atendendo à sua condição clínica, não descorando da individualidade e especificidade de cada uma.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO**

Por definição a PSC é aquela que tem a sua vida ameaçada por falência ou pela ameaça de falência de uma ou mais funções vitais, acarretando assim meios de monitorização, vigilância e terapêutica avançados (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

O padrão de sono e repouso são consideradas as necessidades humanas básicas mais afetadas durante o internamento em UCI.

O sono é composto por diferentes estadios sequenciais que se encontram enquadrados em dois padrões fundamentais: o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM) e o sono com movimentos oculares rápidos (REM) (Centeio, 2015).

O sono NREM é compreendido por quatro estadios diferentes (NREM 1 a 4), correspondendo a um relaxamento progressivo. O estadio 1 é de transição, representa um estadio de transição entre a vigília e o sono profundo, caracterizando-se por pensamentos vagos e mioclonias da face, mãos e pés, onde a pessoa é facilmente despertável. O estadio 2 distingue-se do primeiro, no sentido em a pessoa apresenta um sono um pouco mais profundo, no qual não está consciente do que a rodeia, mas pode facilmente ser acordada. Este estadio tem a duração aproximada de 5 a 15 minutos. Os estadios 3 e 4, 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

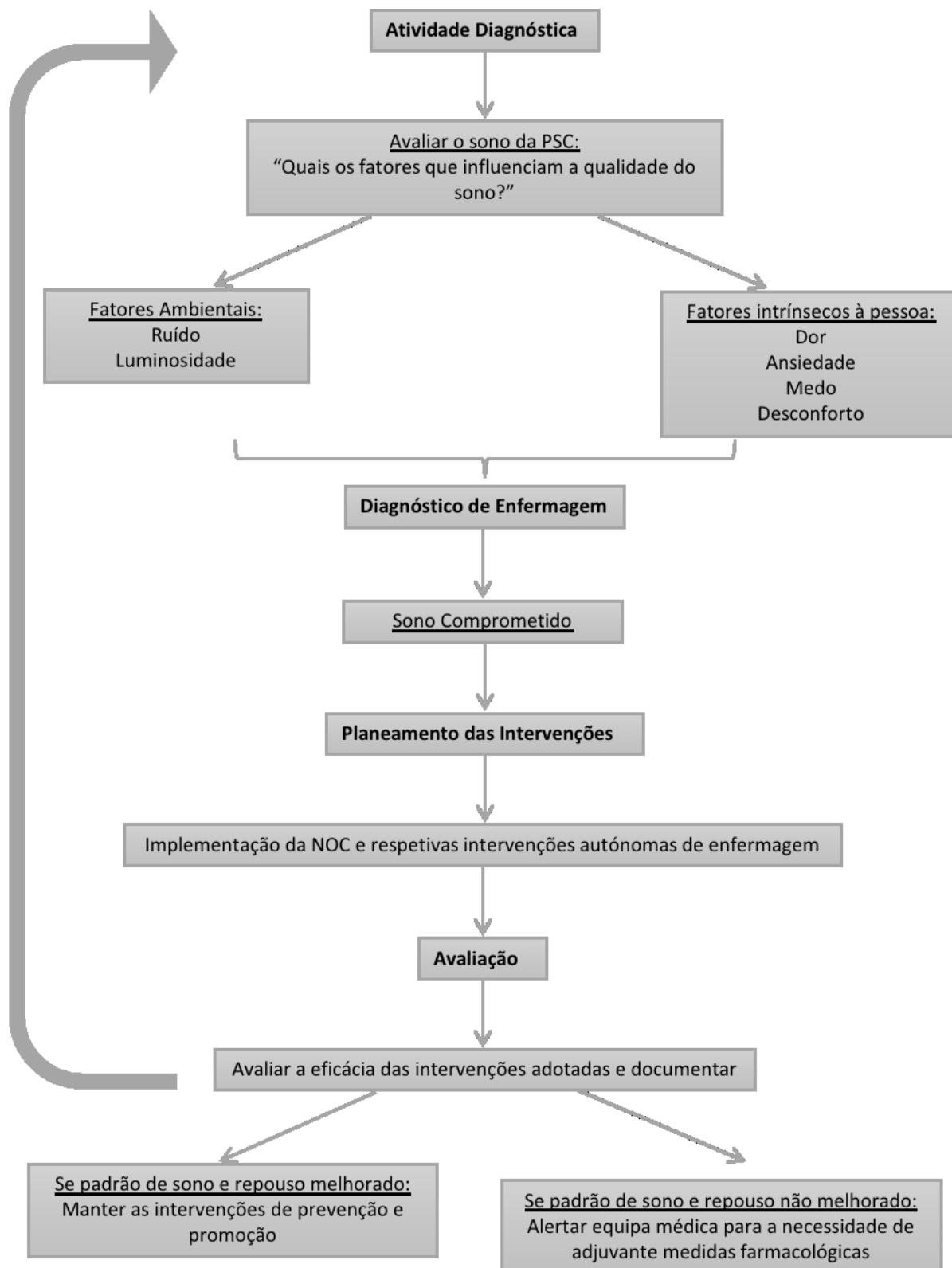
associado à função imunitária. Aqui, a pessoa dificilmente é despertada por estímulos ocasionais, correspondendo a uma duração variável entre os 15 e os 30 minutos (Centeio, 2015).

O sono REM constitui cerca de 25% do tempo total de sono. É neste estágio, onde ocorrem os sonhos e é considerado essencial ao bem-estar físico e psicológico do ser humano (Urden *et al.*, 2008).

Cada ciclo do sono é composto pelo sono NREM seguido do sono REM, repetindo-se cinco a seis vezes durante a noite e tem um período de duração de 90 minutos (Ganz, 2012). No decorrer da noite a duração do NREM diminui, enquanto o REM aumenta. Durante o sono NREM, a atividade cerebral é mais baixa, diminuindo a taxa metabólica, enquanto no sono REM, o cérebro encontra-se ativo e existe atonia do músculo esquelético (Watson *et al.*, 2012).

Os profissionais de saúde reconhecem a necessidade de promover um sono de qualidade na PSC, sendo que a avaliação do sono, a compreensão dos fatores que contribuem para a sua privação, a implementação de intervenções adaptadas a cada pessoa e a sua constante avaliação, permitem promover um padrão de sono e repouso adequado.

### 3. ALGORITMO DE ATUAÇÃO



Fonte: Adaptação de Valente (2019)

#### **4. PRINCÍPIOS GERAIS**

De acordo com a literatura existem vários fatores que contribuem para a privação do sono e encontram-se descritos como fatores ambientais, ou seja, tudo o que rodeia o doente na unidade, como os equipamentos, o ruído e a iluminação. Outro fator salientado para esta problemática são os cuidados de enfermagem prestados no período noturno, impedindo o padrão de higiene do sono da PSC, sujeitando-a a múltiplos despertares noturnos (Bellon *et al.*, 2022).

A promoção do sono é essencial na PSC, pelo que se torna imperativo implementar intervenções autónomas de enfermagem que promovam um padrão de sono de qualidade, de forma a possibilitar uma recuperação do estado de saúde com maior rapidez. É, ainda, importante a existência de um ambiente de parceria e cooperação entre a equipa multidisciplinar e de sensibilização para a promoção do sono e a sua importância, com a finalidade na excelência de cuidados para o bem-estar e conforto da pessoa (Ding *et al.*, 2017; Bellon, *et al.*, 2022).

Tendo em conta o fator ambiental ruído, acima referido, a maioria dos estudos apontam como o fator que mais perturba o padrão de sono, sendo necessário o controlo do mesmo nas UCI. Assim, e de acordo com os autores dos artigos incluídos, a utilização de tampões para os ouvidos por parte da PSC permitem que a mesma apresente menos despertares noturnos e um aumento do sono REM. A redução do volume dos alarmes dos equipamentos e dos telefones presentes na unidade, o desligar as televisões, fechar as portas das unidades, moderar o tom de voz em conversa multidisciplinares e a adoção de “horários de silêncio” são intervenções descritas que também visam a promoção do sono (Akpinar *et al.*, 2022; Bani Younis *et al.*, 2019a; Bani Younis *et al.*, 2019b; Bellon *et al.*, 2022; Grimm, 2020; Karimi *et al.*, 2021). Segundo Lim (2018), os “horários de silêncio” consistem na redução da luz e do ruído, onde as interrupções junto da pessoa são minimizadas, permitindo a redução de administração de fármacos sedativos e a redução da incidência de *delirium*.

A luminosidade é um fator ambiental que segundo os estudos poderá ser controlada com a adoção de intervenções como a regulação da luz na unidade da PSC, utilizando o mínimo de luz necessária para a prestação dos cuidados e a possibilidade de facultar máscaras para os

olhos, sempre que a pessoa e a condição clínica o permitam (Aparício & Panin, 2020; Akpinar *et al.*, 2022; Bani Younis *et al.*, 2019a; Bani Younis *et al.*, 2019b; Bellon *et al.*, 2022; Grimm, 2020; Karimi *et al.*, 2021).

Relativamente aos fatores relacionados diretamente com a prestação de cuidados, o enfermeiro deve avaliar o estado da PSC e, a partir daí, gerir e planear as intervenções no período noturno. Os cuidados e/ou procedimentos devem de ser agrupados sempre que possível, evitando ao máximo a realização de procedimentos de rotina no período noturno, tendo sempre em consideração a situação clínica da pessoa (Aparício & Panin, 2020).

Para além destes fatores, é de extrema importância salientar todos aqueles que surgem inerentes à PSC internada numa UCI e que de certa forma, acabam por condicionar o padrão de sono e repouso, entre os quais é de destacar a dor, a ansiedade e o desconforto. Desta forma, a intervenção por parte da equipa de enfermagem torna-se importante, pois é pretendido que estes fatores sejam ao máximo minimizados, não permitindo efeitos prejudiciais para a pessoa. Aqui, as intervenções autónomas passíveis de controlo dos fatores passam pela orientação da PSC relativamente ao local onde se encontra, às horas e ao dia, gerir a analgesia em SOS para controlo da dor e posicionar a pessoa da forma que mais se sentir confortável e realizar técnicas de relaxamento (Aparício & Panin, 2020; Bani Younis *et al.*, 2019b; Bellon *et al.*, 2022).

Os estudos revelaram que as técnicas de relaxamento são essenciais para a indução do sono. Numa revisão sistemática da literatura verificou-se que a massagem de relaxamento pode melhorar a qualidade do sono, aumentando o relaxamento muscular, a circulação sanguínea e o conforto da PSC. A musicoterapia revelou produzir efeitos relaxantes, diminuindo o stress e o nível de ruído percebido pela pessoa (Jun *et al.*, 2021).

Após análise dos resultados obtidos da presente revisão, estes foram confrontados com as intervenções sugeridas pela NANDA, NIC e NOC (Johnson *et al.*, 2013), onde foi possível sistematizar as intervenções autónomas de enfermagem na promoção do sono na PSC internada em UCI de acordo com *International Council of Nurses* (ICN, 2019), tal como é possível verificar no quadro 1.

Quadro 1. Intervenções autónomas de enfermagem para a promoção do sono

<b>Foco</b>	Sono: “ <i>Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.</i> ” (International Council Nurses, 2019)
<b>Atividade diagnóstica</b>	Avaliar sono
<b>Diagnóstico</b>	Sono Comprometido
<b>Objetivo</b>	Melhoria do Padrão de Sono
<b>Intervenções</b>	<p><u>Intervenções direcionadas para o ambiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diminuir os volumes dos alarmes e telefones no período noturno;</li><li>- Evitar televisões ligadas no período noturno;</li><li>- Promover o encerramento das portas das unidades, diminuindo o ruído dentro da mesma;</li><li>- Adequar tom de voz em conversas entre equipa multidisciplinar;</li><li>- Informar os colegas para importância do tom de voz mais moderado;</li><li>- Implementar “horários de silêncio”;</li><li>- Diminuir a intensidade das luzes, utilizando preferencialmente a luz da unidade;</li><li>- Oferecer à PSC tampões auriculares e máscaras oculares no período noturno.</li></ul> <p><u>Intervenções direcionadas para a pessoa (dor, ansiedade e desconforto):</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar a PSC relativamente ao local, horas e data;</li><li>- Incentivar a PSC à partilha dos seus medos e dúvidas;</li><li>- Gerir a analgesia em SOS;</li><li>- Posicionar confortavelmente no leito;</li><li>- Verificar se os lençóis se encontram limpos e sem pregas;</li><li>- Executar técnicas de relaxamento, como a massagem e musicoterapia com fones;</li><li>- Organizar os cuidados e/ou procedimentos, de forma a minimizar as interrupções no sono da PSC.</li></ul>

Torna-se, ainda, alvo de reflexão os resultados obtidos relativos à literacia em saúde dos profissionais de saúde relativamente à promoção do sono.

Segundo Bani Younis *et al.* (2019a), a problemática do sono é uma realidade presente nas UCI, contudo os profissionais não demonstram a atenção devida. É recomendado por outros autores, a sensibilização e sistematização da temática, aumentando a consciencialização sobre os fatores que contribuem para a privação do sono, a importância da redução do ruído entre profissionais de saúde e o respeito pelo padrão de higiene do sono da PSC (Aparício & Panin, 2020).

## **6. BIBLIOGRAFIA**

Aparício, C., & Panin, F. (2020). Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: a literature review. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(13), 770–776. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.13.770>

Akpınar, R. B., Aksoy, M., & Kant, E. (2022). Effect of earplug/eye mask on sleep and delirium in intensive care patients. *Nursing in critical care*, 27(4), 537–545. <https://doi.org/10.1111/nicc.12741>

Bani Younis, M., Hayajneh, F., & Batiha, A. M. (2019a). Measurement and Nonpharmacologic Management of Sleep Disturbance in the Intensive Care Units: A Literature Review. *Critical care nursing quarterly*, 42(1), 75–80. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000240>

Bani Younis, M. K., Hayajneh, F. A., & Alduraidi, H. (2019b). Effectiveness of using eye mask and earplugs on sleep length and quality among intensive care patients: A quasi-experimental study. *International journal of nursing practice*, 25(3), e12740. <https://doi.org/10.1111/ijn.12740>

Bellon, F., Beti-Abad, A., Pastells-Peiró, R., Casado-Ramirez, E., Moreno-Casbas, T., Gea-Sánchez, M., & Abad-Corpa, E. (2022). Effects of nursing interventions to improve

inpatients' sleep in intensive and non-intensive care units: Findings from an umbrella review. *Journal of clinical nursing*, 10.1111/jocn.16251. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jocn.16251>

Centeio, D. A. (2015). *Sono e Repouso do Cliente na Unidade de Cuidados Intensivos* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/20274>

Ding, Q., Redeker, N. S., Pisani, M. A., Yaggi, H. K., & Knauert, M. P. (2017). Factors Influencing Patients' Sleep in the Intensive Care Unit: Perceptions of Patients and Clinical Staff. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 26(4), 278–286. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017333>

Ganz, F. D. (2012). Sleep and Immune Function. *Critical Care Nurse*, 32(2), 19-25. <https://doi.org/10.4037/ccn2012689>

Grimm J. (2020). Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient. *Critical care nurse*, 40(2), e16–e24. <https://doi.org/10.4037/ccn2020939>

Hamze, F. L., de Souza, C. C., & Chianca, T. C. (2015). The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(5), 789–796. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0514.2616>

Horsten, S., Reinke, L., Absalom, A. R., & Tulleken, J. E. (2018). Systematic review of the effects of intensive-care-unit noise on sleep of healthy subjects and the critically ill. *British journal of anaesthesia*, 120(3), 443–452. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.09.006>

International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

- Johnson, M., Bulechek, G., Swanson, E., Butcher, H. K., Moorhead, S., & Maas, M. L. (2013). *Ligações NANDA NOC-NIC* (3ª edição). Elsevier.
- Jun, J., Kapella, M. C., & Hershberger, P. E. (2021). Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care Units: A systematic review. *Intensive & critical care nursing*, 67, 103124. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103124>
- Karimi, L., Rahimi-Bashar, F., Mohammadi, S. M., Mollahadi, M., Khosh-Fetrat, M., Vahedian-Azimi, A., & Ashtari, S. (2021). The Efficacy of Eye Masks and Earplugs Interventions for Sleep Promotion in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 12, 791342. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.791342>
- Lim R. (2018). Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 32(30), 41–48. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10873>
- Marques, M. A. (2016). *A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=JoQOeGYv>
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (6ª edição). Lippincot Williams and Wilkins.
- McKenna, H. T., Reiss, I. K., & Martin, D. S. (2017). The significance of circadian rhythms and dysrhythmias in critical illness. *Journal of the Intensive Care Society*, 18(2), 121–129. <https://doi.org/10.1177/1751143717692603>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Pascoal, J. F. C., Marques, R. M. D., & Ribeiro, P. S. V. (2016). Fatores que influenciam a qualidade do sono na pessoa em Unidade de Cuidados Intensivos. *CuidArte Enfermagem*, 10(2), 195-200. <http://hdl.handle.net/10400.10/2187>

Regulamento n.º 361/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2015). Diário da República, n.º 123, Série II de 2015-06-26, 17240-17243. <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>

Soares, C. B., Hoga, L. A., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem [Integrative review: concepts and methods used in nursing]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 335–345. <https://doi.org/10.1590/s0080-6234201400002000020>

Tembo, A. C., Parker, V., & Higgins, I. (2013). The experience of sleep deprivation in intensive care patients: findings from a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive & critical care nursing*, 29(6), 310–316. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.05.003>

Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª edição). Lusociência.

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5ª edição). Lusodidacta.

Valente, C. S. P. (2019). *A Promoção do Sono na Pessoa em Situação Crítica*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4906>

Watson, P. L., Ceriana, P., & Fanfulla, F. (2012). Delirium: is sleep important?. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology*, 26(3), 355–366. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2012.08.005>




APÊNDICE IV – Formação acerca “Promoção do Sono da Pessoa em Situação  
Crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos”





SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA



## Promoção do Sono da Pessoa em Situação Crítica

FORMADORA: ENFª JOANA SEQUEIRA

TUTORES:

ORIENTADORA: PROFª DOUTORA HELENA PENAFORTE

19 DE JANEIRO DE 2023

## Objetivos

-  **Objetivo Geral:**
-  Promover o padrão de sono da pessoa em situação crítica (PSC), através de intervenções autónomas de enfermagem.
-  **Objetivos Específicos**
-  Sensibilizar para a importância da promoção do sono na PSC internada em UCI, tendo em vista a humanização e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
-  Uniformizar os cuidados de enfermagem à PSC, de forma a promover o padrão de sono.

# Sono

"diminuição recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos" (CIPE®, 2015)

## Caracteriza-se por:

Condição biológica dinâmica e essencial para o descanso, o bem-estar e para a preservação da homeostasia, equilíbrio e regulação de diversos sistemas orgânicos humanos (Marques, 2016).

Necessidade básica imprescindível para a recuperação em situação de doença e manutenção de uma boa saúde física e emocional (McKenna et al., 2017).

## Fisiopatologia do sono

### Estádios do Sono (Centeio, 2015)

NREM (non-rapid eye movement)  O ciclo de sono corresponde a 75% do sono NREM	<b>Estádio 1:</b> estádio de transição entre a vigília e o sono profundo, caracterizando-se por pensamentos vagos e mioclonias da face, mãos e pés, onde a pessoa é facilmente despertável.
	<b>Estádio 2:</b> a pessoa apresenta um sono um pouco mais profundo, no qual não está consciente do que a rodeia, mas pode facilmente ser acordada. Este estádio tem a duração aproximada de 5 a 15 minutos.
	<b>Estádio 3:</b> o sono é mais profundo que no estádio anterior.
	<b>Estádio 4:</b> o sono é o mais profundo, onde ocorre a recuperação fisiológica, estando associado à função imunitária. Aqui, a pessoa dificilmente é despertada por estímulos ocasionais, correspondendo a uma duração variável entre os 15 e os 30 minutos.

## Fisiopatologia do sono

### Estádios do Sono (Centeio, 2015)

<b>REM (rapid eye movement)</b>  O ciclo de sono corresponde a 25% do sono REM	É neste estágio, onde ocorrem os sonhos e é considerado essencial ao bem-estar físico e psicológico do ser humano (Urden et al., 2008).
--	---

## Sono em Unidades de Cuidados Intensivos

- As UCI são consideradas os serviços de saúde, onde esta problemática apresenta níveis mais elevados e representam também, a origem mais relevante de informação presente na literatura (Watson et al, 2012; Younis, Hayajneh, & Alduraidi, 2019).
- A **privação do sono** é caracterizada por uma falta contínua de sono reparador e, que ao fim de algum tempo acarreta sequelas físicas e cognitivas na PSC, contribuindo para o desenvolvimento da Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) (Tembo et al., 2013; Lim, 2018).

Afeta os mecanismos de defesa do sistema imunitário

Enfraquece as vias aéreas superiores, causando problemas respiratórios

Prolonga o suporte ventilatório e o internamento na unidade

Complicar o período pós-extubação

Retarda o período de recuperação

## Fatores de Risco que contribuem para a Privação do Sono

### Fatores Ambientais

- Ruído
- Luminosidade

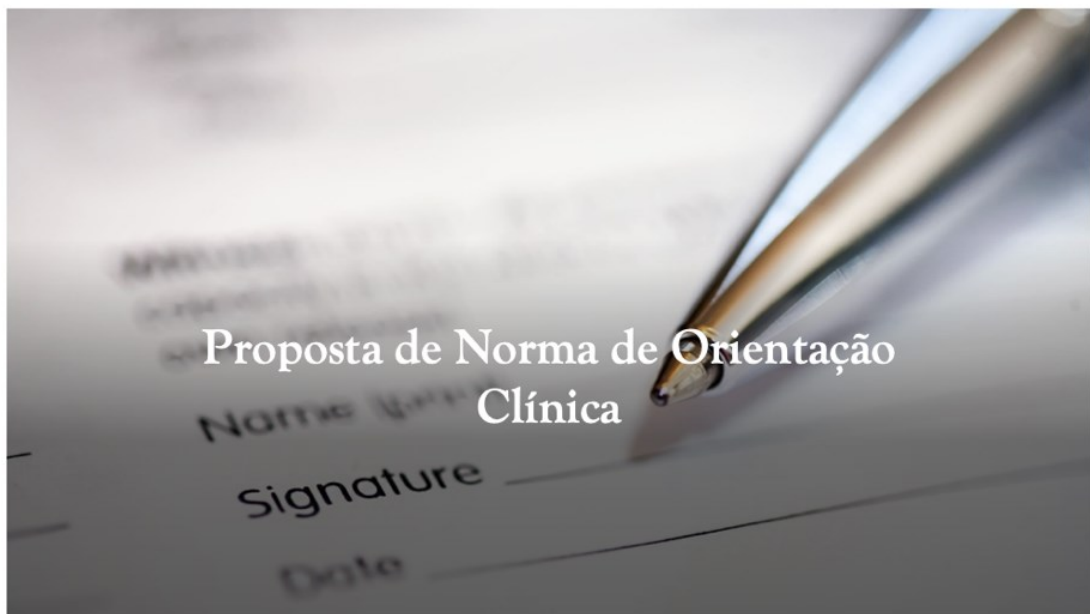
### Fatores Intrínsecos à Pessoa

- Dor
- Ansiedade
- Medo
- Desconforto

## Revisão Integrativa da Literatura

QUAIS AS INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO SONO DA PSC INTERNADA EM UCI?

Foco	Sono: "Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos." (CIPE®, 2015)
Atividade diagnóstica	Avaliar sono
Diagnóstico	Sono Comprometido
Objetivo	Melhoria do Padrão de Sono
Intervenções	<p><u>Intervenções direcionadas para o ambiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir os volumes dos alarmes e telefones no período noturno;</li> <li>- Evitar televisões ligadas no período noturno;</li> <li>- Promover o encerramento das portas das unidades, diminuindo o ruído dentro da mesma;</li> <li>- Adequar tom de voz em conversas entre equipa multidisciplinar;</li> <li>- Informar os colegas para importância do tom de voz mais moderado;</li> <li>- Implementar "horários de silêncio";</li> <li>- Diminuir a intensidade das luzes, utilizando preferencialmente a luz da unidade;</li> <li>- Oferecer à PSC tampões auriculares e máscaras oculares no período noturno.</li> </ul> <p><u>Intervenções direcionadas para a pessoa (dor, ansiedade e desconforto):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a PSC relativamente ao local, horas e data;</li> <li>- Incentivar a PSC à partilha dos seus medos e dúvidas;</li> <li>- Gerir a analgesia em SOS;</li> <li>- Posicionar confortavelmente no leito;</li> <li>- Verificar se os lençóis se encontram limpos e sem pregas;</li> <li>- Executar técnicas de relaxamento, como a massagem e musicoterapia com fones;</li> <li>- Organizar os cuidados e/ou procedimentos, de forma a minimizar as interrupções no sono da PSC.</li> </ul>



**1. INTRODUÇÃO**

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

Deita forma, o sono caracteriza-se por uma condição biológica dinâmica e essencial para o descanso, o bem-estar e para a preservação da homeostasia, equilíbrio e regulação de diversos sistemas orgânicos humanos (Marques, 2016). Assim, o sono torna-se fundamental para a recuperação em situação de doença e manutenção de uma boa saúde física e emocional, visto que a privação do mesmo é facilmente detetável através de manifestações comportamentais, como é o caso da diminuição dos reflexos, do equilíbrio, da memória, do aumento da fadiga e instabilidade crescente (Mokkema et al., 2017).

Em contexto de unidades de cuidados intensivos (UCI), a pessoa em situação crítica (PSC) experimenta momentos de grande stress e de medo associados não só ao ambiente em que se encontra inserida, mas também, à incerteza face à sua condição clínica, desencadeando sentimentos de fragilidade. Estas modificações afetam a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto da pessoa, desencadeando o Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos (SPICI).

Face ao exposto é fulcral a adoção de intervenções autónomas de enfermagem para a promoção do sono da PSC internada em UCI. Assim, desenvolve-se a presente norma de orientação clínica (NOC), seguindo as orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2007), tendo por base evidência científica mais atual, com os objetivos de:

- Sensibilizar para a importância da promoção do sono na PSC internada em UCI, tendo em vista a humanização e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Uniformizar as intervenções autónomas de enfermagem à PSC de forma a promover o padrão de sono.

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da UCI

**Frequência:** A desenvolver ao longo de todos os turnos, com vista a promover o ciclo de sono e vigília da PSC.

**Orientações gerais:**

- As intervenções destinam-se a toda a PSC;

Data: 12/10/2022

Elaborado por: Joana Sequeira

- A abordagem à PSC deve ser holística atendendo à sua condição clínica, não descurando da individualidade e especificidade de cada uma.

**2. FUNDAMENTAÇÃO**

Por definição a PSC é aquela que tem a sua vida ameaçada por falência ou pela ameaça de falência de uma ou mais funções vitais, acarretando assim meios de monitorização, vigilância e terapêutica avançados (Regulamento n.º 363, 2015).

O padrão de sono e repouso são consideradas as necessidades humanas básicas mais afetadas durante o internamento em UCI.

O sono é composto por diferentes estados sequenciais que se encontram enquadrados em dois padrões fundamentais: o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM) e o sono com movimentos oculares rápidos (REM) (Centeno, 2015).

O sono NREM é compreendido por quatro estados diferentes (NREM 1 a 4), correspondendo a um relaxamento progressivo. O estado 1 é de transição, representa um estado de transição entre a vigília e o sono profundo, caracterizando-se por pensamentos vagos e movimentos da face, mãos e pés, onde a pessoa é facilmente despertável. O estado 2 distingue-se do primeiro, no sentido em a pessoa apresenta um sono um pouco mais profundo, no qual não está consciente do que a rodeia, mas pode facilmente ser acordado. Este estado tem a duração aproximada de 5 a 15 minutos. Os estados 3 e 4, representam os estados 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. Aqui, a pessoa dificilmente é despertada por estímulos ocasionais, correspondendo a uma duração variável entre os 15 e os 30 minutos (Centeno, 2015).

O sono REM constitui cerca de 20% do tempo total de sono. É neste estado, onde ocorrem os sonhos e é considerada essencial ao bem-estar físico e psicológico do ser humano (Vivian et al., 2008).

Cada ciclo do sono é composto pelo sono NREM seguido do sono REM, repetindo-se cinco a seis vezes durante a noite e tem um período de duração de 90 minutos (Gani, 2012). No decorrer da noite a duração do NREM diminui, enquanto o REM aumenta. Durante o sono NREM, a atividade cerebral é mais baixa, diminuindo a taxa metabólica, enquanto no sono REM, o cérebro encontra-se ativo e existe atonia do músculo esquelético (Watson et al., 2012).

Os profissionais de saúde reconhecem a necessidade de promover um sono de qualidade na PSC, sendo que a avaliação do sono, a compreensão dos fatores que contribuem para a sua privação, a implementação de intervenções adaptadas a cada pessoa e a a sua constante avaliação, permitem promover um padrão de sono e repouso adequado.

**3. ALGORITMO DE ATUAÇÃO**



Fonte: Atencião de Valente (2016)

**4. PRINCÍPIOS GERAIS**

De acordo com a literatura existem vários fatores que contribuem para a privação do sono e encontram-se descritas como fatores ambientais, ou seja, tudo o que rodeia o doente na unidade, como os equipamentos, o ruído e a iluminação. Outro fator salientado para esta problemática são os cuidados de enfermagem prestados no período noturno, impedindo o padrão de higiene do sono da PSC, sujeitando-a a múltiplos despertares noturnos (Bellon, et al., 2022).

A promoção do sono é essencial na PSC, pelo que se torna imperativo implementar intervenções autónomas de enfermagem que promovam um padrão de sono de qualidade, de forma a possibilitar uma recuperação do estado de saúde com maior rapidez. É, ainda, importante a existência de um ambiente de parceria e cooperação entre a equipa multidisciplinar e de sensibilização para a promoção do sono e a sua importância, com a fidelidade na execução de cuidados para o bem-estar e conforto da pessoa (Ding et al., 2017; Bellon, et al., 2022).

Tendo em conta o fator ambiental ruído, acima referido, a maioria dos estudos apontam como o fator que mais perturba o padrão de sono, sendo necessário o controlo do mesmo nas UCI. Assim, e de acordo com os autores dos artigos incluídos, a utilização de tampões para os ouvidos por parte da PSC permitem que a mesma apresente menos despertares noturnos e um aumento do sono REM. A redução do volume dos alarmes dos equipamentos e dos telefones presentes na unidade, o desligar as televisão, fechar as portas das unidades, moderar o tom de voz em conversa multidisciplinar e a adoção de "horários de silêncio" são intervenções descritas que também visam a promoção do sono (Akpinar, Aksoy, & Kart, 2022; Younis, Hayajneh, & Aldurai, 2019; Bellon, et al., 2022; Younis, Hayajneh, & Battha, 2019; Karim, et al., 2021; Grimm, 2020). Segundo Lim (2018), os "horários de silêncio" consistem na redução da luz e do ruído, onde as intervenções junto da pessoa são minimizadas, permitindo a redução de administração de fármacos sedativos e a redução da incidência de delírium.

A luminosidade é um fator ambiental que segundo os estudos poderá ser controlada com a adoção de intervenções como a regulação da luz na unidade da PSC, utilizando o mínimo de luz necessária para a prestação dos cuidados e a possibilidade de facultar máscaras para os olhos, sempre que a pessoa e a condição clínica o permitam (Akpinar, Aksoy, & Kart, 2022; Younis, Hayajneh, & Aldurai, 2019; Panin, 2020; Bellon, et al., 2022; Younis, Hayajneh, & Battha, 2019; Karim, et al., 2021; Grimm, 2020).

Relativamente aos fatores relacionados diretamente com a prestação de cuidados, o enfermeiro deve avaliar o estado da PSC e, a partir daí, gerar e planear as intervenções no período noturno. Os cuidados e/ou procedimentos devem de ser agrupados sempre que possível, evitando ao máximo a realização de procedimentos de rotina no período noturno, tendo sempre em consideração a situação clínica da pessoa (Panin, 2020).

**Proposta de Norma de Orientação Clínica**

Promoção do Sono da Pessoa em Situação Crítica Internada em Unidades de Cuidados Intensivos Pág. 5 de 8

Para além destes fatores, é de extrema importância salientar todos aqueles que surgem inerentes à PSC internada numa UCI e que de certa forma, acabam por condicionar o padrão de sono e repouso, entre os quais é de destacar a dor, a ansiedade e o desconforto. Desta forma, a intervenção por parte da equipa de enfermagem torna-se importante, pois é pretendido que estes fatores sejam ao máximo minimizados, não permitindo efeitos prejudiciais para a pessoa. Assim, as intervenções autónomas passíveis de controlo dos fatores passam pela orientação da PSC relativamente ao local onde se encontra, às horas e ao dia, gerir a analgesia em SOS para controlo da dor e posicionar a pessoa da forma que mais se sentir confortável e realizar técnicas de relaxamento (Panin, 2020; Bellon, et al., 2022; Younis, Hayajneh, & Batha, 2019).

Os estudos revelaram que as técnicas de relaxamento são essenciais para a indução do sono. Numa revisão sistemática da literatura verificou-se que a massagem de relaxamento pode melhorar a qualidade do sono, aumentando o relaxamento muscular, a circulação sanguínea e o conforto da PSC. A musicoterapia revelou produzir efeitos relaxantes, diminuindo o stress e o nível de ruído percebido pela pessoa (Jun, Kapella, & Hershberger, 2021).

Após análise dos resultados obtidos da presente revisão, estes foram confrontados com as intervenções sugeridas pela NANDA, NIC e NOC (Johnson, et al., 2013), onde foi possível sistematizar as intervenções autónomas de enfermagem na promoção do sono na PSC internada em UCI de acordo com a CIPE® (versão 2), tal como é possível verificar no quadro 1.

<b>Foco</b>	Sono: "Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de: não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade e estímulo externos." (CIPE®, versão 2)
<b>Atribuição diagnóstica</b>	Aviolar sono
<b>Diagnóstico</b>	Sono Comprometido
<b>Objetivo</b>	Melhoria do Padrão de Sono
<b>Intervenções</b>	<p><b>Intervenções direcionadas para o ambiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir os volumes dos alarmes e telefones no período noturno;</li> <li>- Evitar televisões ligadas no período noturno;</li> <li>- Promover o encerramento das portas das unidades, diminuindo o ruído dentro da mesma;</li> </ul> <p><b>Intervenções direcionadas para a pessoa (dor, ansiedade e desconforto):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequar tom de voz em conversas entre equipa multidisciplinar;</li> <li>- Informar os colegas para importância do tom de voz mais moderado;</li> <li>- Implementar "horários de silêncio";</li> <li>- Diminuir a intensidade das luzes, utilizando preferencialmente a luz da unidade;</li> <li>- Oferecer à PSC tampões auriculares e máscaras oculares no período noturno.</li> </ul>

**Proposta de Norma de Orientação Clínica**

Promoção do Sono da Pessoa em Situação Crítica Internada em Unidades de Cuidados Intensivos Pág. 6 de 8

- Orientar a PSC relativamente ao local, horas e dias;
- Incentivar a PSC à paratida dos seus membros e dobras;
- Gerir a analgesia em SOS;
- Posicionar confortavelmente no leito;
- Verificar se os lençóis se encontram limpos e sem pragas;
- Executar técnicas de relaxamento, como a massagem e musicoterapia com fones;
- Organizar os cuidados e/ou procedimentos, de forma a minimizar as interrupções no sono da PSC.

Quadro 1. Intervenções autónomas de enfermagem para a promoção do sono

Torna-se, ainda, alvo de reflexão os resultados obtidos relativos à literacia em saúde dos profissionais de saúde relativamente à promoção do sono.

Segundo Younis, Hayajneh, & Alduradi (2019), a problemática do sono é uma realidade presente nas UCI, contudo os profissionais não demonstram a atenção devida. É recomendado por outros autores, a sensibilização e sistematização da temática, aumentando a consciencialização sobre os fatores que contribuem para a privação do sono, a importância da redução do ruído entre profissionais de saúde e o respeito pelo padrão de higiene do sono da PSC (Panin, 2020).

**6. BIBLIOGRAFIA**

Alpınar, R. B., Aksoy, M., & Kart, E. (2022). Effect of earplug/eye mask on sleep and delirium in intensive care patients. *Nursing in Critical Care*, 13(7), 545.

Bellon, F., Bell-Abad, A., Pastello-Peiris, R., Casado-Ramirez, I., Moreno-Casbas, T., Gra-Sánchez, M., & Abad-Corpa, E. (2022). Effects of nursing interventions to improve inpatients' sleep in intensive and non-intensive care units: Findings from an umbrella review. *Journal of Clinical Nursing*, 1-16.

Certeira, D. A. (2015). *Sono e Repouso do Cliente na Unidade de Cuidados Intensivos* [Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10460/1420274>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (versão 15). Ordem dos Enfermeiros.

Ding, Q., Redeker, N. S., Pihani, M. A., Yaggi, H. K., & Knauer, M. P. (2017). Factors Influencing Patients' Sleep in the Intensive Care Unit: Perceptions of Patients and Clinical Staff. *American Journal of Critical Care*, 26, 278-287. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017333>

Ganz, F. O. (2012). Sleep and Immune Function. *Critical Care Nurse*, 32, 19-25. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2012689>

## Conclusão

- Primeiramente, é essencial entender que o sono desempenha um papel fundamental na manutenção de uma boa saúde física e mental. Assim, é necessário assegurar a qualidade do sono nas UCI, que se revelam locais de grande complexidade devido à sua estrutura e funcionalidade e afetam, através de diversos fatores, a capacidade de sono da PSC.
- As intervenções autónomas de enfermagem para a promoção do sono são recomendadas devido ao baixo custo económico, como também aos potenciais benefícios na redução do stress e da ansiedade e na promoção do relaxamento. Assim, destacam-se as técnicas de relaxamento e a gestão do ambiente na promoção do sono na PSC internada em UCI (Jun, Kapella, & Hershberger, 2021).

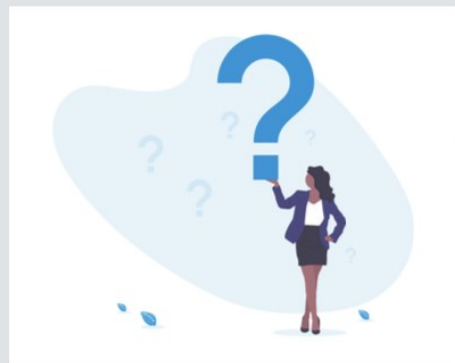
- Lim, R. (2018) Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review. *Nursing Standard*, 32, 30, 41-48. Date of submission: 28 March 2017; date of acceptance: 5 December 2017. doi: 10.7748/ns.2018.e10873
- Marques, M. A. (2016). *A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=JoQOeGYv>
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- McKenna, H. T., Reiss, I. K., & Martin, D. S. (2017). The significance of circadian rhythms and dysrhythmias in critical illness. *Journal of the Intensive Care Society*, 18(2), 121-129. doi: 10.1177/1751143717692603
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264. doi:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
- Panin, C. A. (2020). Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: a literature review. *British Journal of Nursing*, 29, 770-776.
- Pascoal, J. F., Marques, R. M., & Ribeiro, P. S. (2016). Fatores que influenciam a qualidade do sono na pessoa em Unidade de Cuidados Intensivos. *CuidArte Enfermagem*, 10(2), 195- 200. <http://hdl.handle.net/10400.10/2187>

- Regulamento n.º 361/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª Série, 123, 17240-17243. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>
- Soares, C. B., Hoga, L. A., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. (2014). Integrative review: Concepts and methods used in Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48(2), 335-345. doi:10.1590/S0080-6234201400002000020
- Tembo, A. C., Parker, V., & Higgins, I. (2013). The experience of sleep deprivation in intensive care patients: findings from a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(6), 310-316. doi: 10.1016/j.iccn.2013.05.003
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute. <http://www.joannabriggs.org/>
- Tomey, A., & Aligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Lusodidacta.
- Watson, P. L., Ceriana, P., & Fanfulla, F. (2012). Delirium: Is sleep important? *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 26(3). doi: 10.1016/j.bpa.2012.08.005

- Younis, M. B., Hayajneh, F., & Batiha, A.-M. (2019). Measurement and Nonpharmacologic Management of Sleep Disturbance in the Intensive Care Units: A Literature Review. *Critical Care Nursing*, 42, 75-80.
- Younis, M. K., Hayajneh, F. A., & Alduraidei, H. (2019). Effectiveness of using eye mask and earplugs on sleep length and quality among intensive care patients: A quasi- experimental study. *International Journal of Nursing Practice*, 1-9.

Questões?

Obrigada pela  
atenção  
disponibilizada!



APÊNDICE V – *Checklist* para Intubação Endotraqueal



# Checklist para Intubação Endotraqueal

<u>Antes do Procedimento</u>	<u>Preparar o equipamento</u>	<u>Preparar a equipa</u>	<u>Pós intubação</u>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>Acesso venoso/ intraósseo permeável</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Otimizar posicionamento</b> (rampa + <i>sniffing position</i> + altura da cama)</li><li><input type="checkbox"/> <b>Avaliação da via aérea</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Identificar membrana cricotireóidea</li><li><input type="checkbox"/> Acordo com a intubação</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> <b>Pré-oxigenação</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> FiO2 100% durante 3 min. (insuflador manual com reservatório; VNI; OAF)</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> <b>Otimizar o doente</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Fluidos/vasopressores/inotrópicos</li><li><input type="checkbox"/> Remoção de próteses dentárias</li><li><input type="checkbox"/> Aspiração e drenagem da SNG</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> <b>Alergias?</b> _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>EPIs, máscara e óculos, etc.</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Monitorização</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> SpO2</li><li><input type="checkbox"/> Capnografia</li><li><input type="checkbox"/> ECG</li><li><input type="checkbox"/> Pressão arterial</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> <b>Verificar equipamento</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ambu/fonte de oxigénio</li><li><input type="checkbox"/> Tubo orotraqueal x2 (verificação de <i>cuff</i>)</li><li><input type="checkbox"/> Laringoscópio x2</li><li><input type="checkbox"/> Videolaringoscópio</li><li><input type="checkbox"/> Bougie/Mandril</li><li><input type="checkbox"/> Sistema de aspiração funcional</li><li><input type="checkbox"/> Máscara laríngea x2</li><li><input type="checkbox"/> Tubo de Guedel x2</li><li><input type="checkbox"/> Endoscópio flexível</li><li><input type="checkbox"/> Estetoscópio</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> <b>Verificar fármacos</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sedativo</li><li><input type="checkbox"/> Relaxante muscular</li><li><input type="checkbox"/> Vasopressor</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>Atribuir tarefas</b><ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Team leader</li><li><input type="checkbox"/> 1º intubador</li><li><input type="checkbox"/> 2º intubador</li><li><input type="checkbox"/> Medicação</li><li><input type="checkbox"/> Monitorizar o doente</li><li><input type="checkbox"/> Circulante</li><li><input type="checkbox"/> Estabilização cervical (se indicado)</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> <b>Quem se chama para pedir ajuda?</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Quem controla o tempo?</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>Confirmar o posicionamento do tubo</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Anotar nº de tubo e os cm à comissura</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Fixar o tubo e confirmar <i>cuff</i></b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Capnografia contínua</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Estabilização fisiológica (ABCDE)</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Analgesia + sedação</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Protocolo PAV</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Ajuste do ventilador</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Gasimetria arterial</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Raio x</b></li></ul>

**Referências Bibliográficas:**  
Higgs, A. et al. (2018). Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults. *British Journal of Anaesthesia*, 120(2), 323-352. DOI: 10.1016/j.bja.2017.10.010.  
Intensive Care Society (2022, Outubro 5). *Intubation Safety Checklist*. <https://ics.ac.uk/resource/safety-checklist-itu-intubation.html>