



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:
PROMOÇÃO DE SONO NA PREVENÇÃO DE *DELIRIUM*
NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

SLEEP PROMOTION IN THE PREVENTION OF
DELIRIUM IN CRITICALLY ILL PEOPLE

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
Marta Garrett Arsénio

Lisboa, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**PROMOÇÃO DE SONO NA PREVENÇÃO DE *DELIRIUM*
NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**SLEEP PROMOTION IN THE PREVENTION OF
DELIRIUM IN CRITICALLY ILL PEOPLE**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
Marta Garrett Arsénio

Orientadora Prof.^a Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2024

PENSAMENTO

*“I wanna thank me,
I wanna thank me for believing in me”*
(Calvin Cordozar Broadus Jr.)

AGRADECIMENTOS

O meu profundo agradecimento aqui descrito vai além destas palavras.

Gostaria de expressar uma profunda gratidão por todos os que me acompanharam e se preocuparam comigo sempre e especialmente neste percurso.

A todos os que me incentivaram a ir mais além, dando-me força para prosseguir.

À minha família, por apoiar incondicionalmente as minhas escolhas e pelos sacrifícios que fez, para que eu tivesse ao meu dispor os recursos necessários ao alcance dos meus objetivos.

Aos meus amigos, por todo o entusiasmo e aspiração que em mim depositaram.

À minha pessoa, por todo o carinho, amor e força que depositou em mim, ajudando-me a crescer e a ver o que sozinha não conseguiria.

À Prof.^a Doutora Filipa Veludo, pela orientação, conselhos e momentos de partilha. Por me orientar neste caminho e ajudar-me a ver para além dos obstáculos.

Às Enfermeiras Orientadoras, pelo tempo e dedicação, proporcionando o meu desenvolvimento.

Às minhas queridas colegas que, fazendo chuva ou sol, permanecemos juntas neste percurso, apoiando-nos mutuamente.

A todos, o meu muito obrigada.

RESUMO

O presente relatório é edificado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem: Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa em Lisboa. Tem como objetivo expor o percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências com obtenção de grau académico de Mestre em Enfermagem a partir da análise crítico-reflexiva das experiências vividas em contexto clínico.

O referencial teórico que orientou o meu pensamento em Enfermagem, norteador do desenvolvimento de competências na prática clínica, integra-se no Paradigma da Transformação e consiste na articulação da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson com a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A investigação realizada foi desenvolvida a partir de uma *Scoping Review* com o tema centrado nas medidas não farmacológicas promotoras de sono para a prevenção de *delirium* na pessoa em situação crítica. O *delirium* é caracterizado por um início agudo, com sinais de disfunção cerebral, flutuação e alteração do estado de consciência. A prevenção é a abordagem inicial e caracteriza-se pela utilização de medidas não farmacológicas. O sono é um fator de risco potencialmente modificável com peso na recuperação da pessoa em situação crítica, sendo importante a implementação de intervenções promotoras da sua qualidade.

O percurso de aprendizagem foi dividido em dois contextos de estágio: Serviço de Urgência Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios. Transversalmente, foi desenvolvida a investigação que permitiu divulgar os resultados obtidos numa sessão formativa no último contexto de estágio e em evento científico.

Palavras-chave: enfermagem avançada; pessoa em situação crítica; *delirium*; promoção de sono.

ABSTRACT

This report is constructed within the scope of the Master's Degree in Nursing: Medical-Surgical Nursing, in the Area of Nursing for the Critically Ill from the Portuguese Catholic University's Nursing School (Lisbon). Its objective is to expose the path towards the acquisition and development of skills with the obtaining of an academic degree of Master in Nursing based on the critical and reflective analysis of experiences lived in a clinical context.

The theoretical framework that has guided my thinking in nursing, guiding the development of skills in clinical practice, is part of the Transformation Paradigm and consists of the articulation of Jean Watson's Theory of Human Care with Afaf Meleis' Theory of Transitions.

The investigation carried out was developed from a Scoping Review with the theme centered on non-pharmacological sleep-promoting measures for the prevention of delirium in critically ill people. Delirium is characterized by an acute onset, with signs of brain dysfunction, fluctuation and altered state of consciousness. Prevention is an initial approach and is characterized by the use of non-pharmacological measures. Sleep is a modifiable environmental risk factor with an impact on the recovery of the critically ill, and it is important to implement procedures that promote its quality.

The learning path was divided into two internship contexts: General Emergency Service and Intensive and Intermediate Care Unit. Transversely, an investigation was developed that made it possible to present the results obtained in a training session at the last internship site and at a scientific event.

Keywords: advanced nursing; critically ill person; *delirium*; sleep.

LISTA DE ABREVIATURAS/ ACRÓNIMOS/ SIGLAS

ABCDE – Permeabilização de Via Aérea; Ventilação e Oxigenação; Circulação e Controlo Hemorrágico; Disfunção Neurológica; Exposição

AVC – Acidente Vascular Cerebral

bpm – Batimentos por minuto

CAM-ICU – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

cmH₂O – Centímetro de Água

cpm – Ciclos por minuto

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

dB – Decibéis

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

Ga – Gauge

GCE – Glasgow Coma Scale

HTA – Hipertensão Arterial

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISBAR – Identificação; Situação Atual; Antecedentes; Avaliação e Recomendações

L/min – Litro por minuto

mg/dL – Miligrama por decilitro

mmHg – Milímetros de mercúrio

mmol/L – Milimole por litro

PAM – Pressão arterial média

RASS – Richmond Agitation and Sedation Scale

SAMPLE – Sinais/ Sintomas; Alergias; Medicações; Passado médico; Última refeição e Eventos

SPIKES – Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy

Sr. – Senhor

Sr.^a – Senhora

SO – Serviço de Observação

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TC – Tomografia Computorizada

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCII - Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

VMER – Viatura de Emergência Médica e Reanimação

VV – Via Verde

XABCDE - Exsanguinação; Permeabilização de Via Aérea; Ventilação e Oxigenação;
Circulação e Controlo Hemorrágico; Disfunção Neurológica; Exposição

°C – Graus Celsius

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO	15
1.1. Enquadramento Profissional	15
1.2. Enquadramento Conceptual	16
1.3. Enquadramento do fenómeno em estudo	18
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	25
2.1. Pessoa em Situação Crítica num Serviço de Urgência Polivalente.....	27
2.2. Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	82
Apêndice I – Protocolo de Scoping Review	83
Apêndice II – Formulário de Submissão de Póster	95
Apêndice III – Póster apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem	100
Apêndice IV – Sessão de formação apresentada na UCII.....	101
Apêndice V – Questionário de avaliação da sessão de formação	106
Apêndice VI – Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação	107
ANEXOS.....	112
Anexo I – Participação VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva.....	113
Anexo II – Participação VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem	114

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma ciência humana com foco na assistência ao ser humano, nas suas necessidades básicas e na promoção da sua independência, recuperação e manutenção de saúde (Horta, 1968). Implica o cuidado de uma forma crítica, responsável e sustentável ao que, a partir do meu crescimento profissional e com o objetivo de me envolver na evolução da minha profissão, tomei a decisão de especializar o meu percurso ao integrar na 16ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem: Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa em Lisboa (Abreu, 2008).

O plano de estudos do presente Curso de Mestrado em Enfermagem define o percurso da aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeira especialista na área, com obtenção de grau académico de Mestre em Enfermagem e posteriormente, do título profissional de enfermeira especialista. Este trajeto é exposto no presente relatório de estágio que tem como objetivo principal a exibição da minha aptidão para reconhecimento de problemas e capacidade de desenvolvimento de soluções, com recurso à reflexão crítica face às minhas ações e implicações sob o prisma ético e social (Universidade Católica Portuguesa, 2017). De forma a dar cumprimento a este objetivo e de acordo com o Regulamento 429/2018 de 16 de Julho, procuro desenvolver competências especializadas, mais precisamente no cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família, com garantia de administração de protocolos terapêuticos complexos segundo uma gestão diferenciada da dor e bem-estar, garantindo uma comunicação interpessoal que fundamente e estabeleça uma relação terapêutica perante a pessoa/ família, assistindo nas perturbações emocionais decorrentes da situação clínica atual (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Pretendo de igual modo desenvolver competências conferentes a grau de Mestre ao primar pelo desenvolvimento e aprofundamento em investigação, aplicar e integrar conhecimento, saber agir em cenários complexos, fortalecer a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações relacionadas com a pessoa em situação crítica, emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas

e sociais que tenham resultado de soluções e juízos ou que os condicionem e por fim deter a capacidade de transmitir conhecimento, raciocínio e conclusões de forma clara sem ambiguidades (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

O investimento na educação em Enfermagem estimula a melhoria da satisfação e moral dos enfermeiros e inclui igualmente a satisfação das necessidades de saúde em mudança, as expectativas graduais da população e promove uma maior utilização de modelos inovadores de prestação de cuidado (Audet et al., 2018; Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing at the Institute of Medicine & Institute of Medicine, 2011; Fawaz et al., 2018; World Health Organization, 2016). O conceito de Enfermagem avançada remete para um desempenho habilitado e centrado numa lógica conceptual, concretizada a partir da inter-relação pessoal à luz de teorias de Enfermagem que têm como *core* o diagnóstico e assistência face às respostas das transições vividas pela pessoa e família no decorrer do ciclo vital (Silva, 2007). A sua natureza centra-se na gestão e prestação de um cuidado complexo através de raciocínio clínico com capacidade de integração de evidência científica pertinente e específica para o caso clínico, que permita um processo de tomada de decisão seguro (Schober et al., 2020). Está descrito que a preparação académica contribui para o desenvolvimento de capacidade de análise e prática de situações complexas e é reconhecida como uma necessidade para além da preparação básica no primeiro ciclo de estudos para desenvolvimento de funções avançadas (Schreiber et al., 2005).

O Artigo n.º 99 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros afirma como valor universal na relação profissional a busca por competência e aperfeiçoamento profissional e como princípio orientador de atividade a excelência do exercício na profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O conhecimento prático é adquirido com tempo e experiência de aprendizagem a partir de um modelo de aquisição de competências, segundo Benner (2001), constituído por cinco níveis de proficiência na área de Enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis são o reflexo de mudança em três aspetos embutidos aquando da aquisição de uma competência: o primeiro é a passagem de confiança em princípios abstratos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada real; o segundo é a forma como o formando altera a visão de uma situação, passando a observá-la como um todo; o terceiro é a passagem de observador para executante envolvido na própria situação. Ao terminar o primeiro ciclo de estudos académico tinha como plano futuro

especializar-me numa área de Enfermagem com interesse pessoal e iniciar formação avançada. De acordo com a deontologia profissional, o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população com adoção de todas as medidas que visem melhorar a qualidade do cuidado e serviços em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e o enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidado especializado, permitindo o avanço e melhoria contínua da prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Por a formação de profissionais de saúde na área da pessoa em situação crítica exigir atenção à gravidade do estado clínico da pessoa (Fernandes et al., 2019), ao iniciar o meu percurso profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e à medida que crescia enquanto enfermeira de cuidados gerais decidi investir na área de pessoa em situação crítica por ser um contexto complexo e desafiante, onde pretendo desenvolver uma prática avançada ao prestar um cuidado especializado altamente qualificado, quer pela transição de saúde-doença vivenciada, quer pela instabilidade clínica que exige uma resposta pronta e atempada (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Pretendo igualmente continuar a exercer funções nesse contexto e é recomendado que as equipas de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), segundo o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro para cálculo de dotações seguras nos cuidados de Enfermagem, sejam constituídas por 50% de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório é prevista a concretização de um estágio de 360 horas práticas que dividi em dois estágios, ambos de 180 horas, de forma a rentabilizar as minhas oportunidades de aprendizagem. Os contextos de estágio escolhidos foram selecionados com o objetivo de desenvolver competências em áreas de interesse pessoal que posteriormente conseguisse transportar para o meu contexto profissional. O primeiro contexto de estágio foi num Serviço de Urgência Polivalente num hospital público central e o segundo local foi dedicado a uma Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios num hospital público direcionado para a área de oncologia. Foi desenvolvida investigação do fenómeno que dá o título ao relatório, transversal a este percurso e iniciado antes do início dos estágios, de forma a conseguir divulgar os resultados obtidos no decorrer desta vivência. O fenómeno em estudo vai ao encontro das intervenções não farmacológicas promotoras de sono que previnem o *delirium* na pessoa em situação

crítica, a partir da elaboração de uma *Scoping Review* levada a cabo por quatro investigadores, cujos resultados serão posteriormente apresentados.

Observo que o pensamento em Enfermagem que guiou este percurso se insere no Paradigma da Transformação, onde a pessoa é agente e parceira nas suas decisões e o enfermeiro intervém através das experiências e compasso que a mesma decidir. Os fenómenos são únicos, com orientação face ao mundo e estão em constante interação no contexto em que ocorrem (Kérrouac, 2009). A teoria de Enfermagem conduz o pensamento e a ação da prática de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). Identifico como alicerces deste percurso os referenciais teóricos de Jean Watson e Afaf Meleis, por juntos fortalecerem as bases do que considero um cuidado de excelência na visão holística da pessoa em situação crítica, nas suas necessidades e experiências. Watson (2002) refere-se ao cuidado humanista e científico como o ideal da Enfermagem, promovendo harmonia entre o corpo, alma e mente, com base no autoconhecimento, fundamental em todos os processos de cuidado. O enfermeiro intercede como parceiro do cuidado individualizado, acompanhando a pessoa nas suas vivências e promovendo o seu bem-estar tal e qual como esta o define, à luz do seu quadro de valores e cultura (Watson, 2002). Meleis (2010) fortalece o referencial teórico ao afirmar que no decorrer da vida a pessoa experiencia diferentes fases de mudança caracterizadas por alterações de um estado para outro, chamadas de transições, e papel do enfermeiro é auxiliar a pessoa a antecipar ou a vivenciar processos de transição, funcionando como um instrumento facilitador.

O termo “pessoa” é utilizado no decorrer do relatório ao invés de “doente”, “utente” ou “cliente”, sob uma perspetiva de igualdade, por ser uma pessoa a cuidar de outra e por se constituir como um dos quatro metaparadigmas de Enfermagem (George, 2000). “Pessoa” remete para um ser único, indivisível e irrepetível, com dignidade e direito a autodeterminar-se. É um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nas crenças, valores e desejos de natureza individual. Encontra-se em constante desenvolvimento e evolução com o ambiente que interage, existindo como um centro de processos não intencionais (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

O relatório está organizado em quatro capítulos, sendo o presente a Introdução; segue-se o Enquadramento subdividido em três subcapítulos: Enquadramento Profissional, onde dou a conhecer o meu meio profissional, o Enquadramento Conceptual onde é feita alusão às teorias que sustentaram o meu pensamento nesta trajetória e o Enquadramento do Fenómeno

em Estudo onde é exposto o conceito e resultados obtidos a partir da investigação desenvolvida; o Desenvolvimento de Competências que se encontra subdividido em dois subcapítulos, referentes a cada contexto de estágio com descrição crítico-reflexiva das competências desenvolvidas; e por fim as Considerações Finais que epiloga este percurso de aprendizagem. Pela defesa do anonimato das instituições, as respectivas identidades e fontes de informação estarão intencionalmente omissas na referência bibliográfica. Pela defesa e proteção de dados pessoais, as descrições de situações vividas apenas descrevem o indispensável para a caracterização das problemáticas identificadas.

A elaboração do relatório foi concretizada com uso ao novo acordo ortográfico, referenciado de acordo com a norma APA 7ª Edição e com operacionalização pelo software Zotero.

1. ENQUADRAMENTO

O presente capítulo subdivide-se em três subcapítulos. No primeiro é exposta uma integração do meu desenvolvimento profissional em harmonia com a área de especialização escolhida. No segundo são apresentados os referenciais teóricos que fundamentaram o meu pensamento no decorrer do curso e que sustentam a minha prática clínica. O terceiro subcapítulo diz respeito ao fenómeno estudado: promoção de sono para a prevenção de *delirium*, mais concretamente a exposição das intervenções não farmacológicas a implementar à pessoa em situação crítica.

1.1. Enquadramento Profissional

Considero importante contextualizar a minha experiência profissional, que conta com mais de quatro anos no desempenho de funções de enfermeira de cuidados gerais numa UCI polivalente num hospital central. Este é o ambiente clínico onde pretendo continuar a desenvolver e colocar em prática as competências desenvolvidas ao longo desta jornada.

Ser enfermeira neste ambiente profissional vai de encontro com a minha contínua ambição de prestar cuidados à pessoa em situação crítica e de aproveitar a aprendizagem que este contexto clínico me proporciona. Do início até à atualidade, continuo a crescer enquanto profissional, principalmente a nível de autonomia e responsabilidade no planeamento do cuidado, compreendendo a sua importância e os ganhos positivos que dele resultam para a pessoa e sua família. Este crescimento não seria possível sem a minha motivação em rentabilizar oportunidades de aprendizagem e sem a minha disponibilidade e empenho para assumir o cuidado a pessoas com situações de saúde-doença de maior complexidade. No meu quotidiano profissional sou responsável por todos os cuidados à pessoa em situação crítica a mim atribuída, numa perspetiva holística, face à sua situação de saúde-doença e respetivos cuidados à família.

O cuidado prestado diariamente inclui a prática de procedimentos e intervenções específicas em UCI tais como o cuidado à pessoa submetida a cirurgia complexa, politraumatizada, em falência multiorgânica e que carece de técnica de substituição de órgão

ou técnicas de filtração sanguínea e ao transporte da pessoa em situação crítica urgente e não urgente, o apoio a procedimentos técnicos médicos invasivos, assim como o apoio à família. Como explícito no capítulo introdutório, de forma a concretizar a minha vontade em adquirir competências para a prestação de cuidados especializados de excelência à pessoa em situação crítica, decidi ingressar no presente Curso.

1.2. Enquadramento Conceptual

Ao ler e ouvir sobre o que é Enfermagem, tento encontrar a melhor definição para este conceito. Watson (2002) define que Enfermagem é um conceito filosófico, dinâmico e em transformação, que inspira ternura e que detém vários significados para as pessoas. Assim, de uma forma geral, Enfermagem é conhecimento, pensamento, valores, compromisso e ação, com algum grau de paixão. Estas características estão relacionadas com as transações do cuidar e do contacto humano intersubjetivo com as experiências vividas (Watson, 2002). Observo que a definição de Enfermagem flui com o contexto e particularidades nossas e da pessoa de quem cuidamos. Ao iniciar o meu percurso profissional sentia-me sobrecarregada com a ideia de criar a minha identidade profissional. Esta identidade foi surgindo à medida que me ia desenvolvendo no meio e era constantemente adaptada à minha visão face ao outro e ao que nos rodeia.

Considero que os referenciais teóricos se caracterizam como alicerces indispensáveis para uma prática de excelência e que sustentam o meu pensamento na prática profissional, ao que desde cedo que me identifiquei com a perspetiva holística de Jean Watson e a dualidade entre saúde-doença descrita na Teoria das Transições elaborada por Afaf Meleis, pois considero que articulados promovem um cuidado de excelência com cerne no quadro de valores e necessidades da pessoa com foco nas suas particularidades (Watson, 2002; Meleis, 2010). Tal não foi exceção para a estruturação do meu pensamento neste percurso e considero que a utilização destes referenciais teóricos permitiu orientar a minha prática de uma forma especializada e promover uma atuação completa e direcionada para um cuidado complexo seguindo o mesmo guia condutor (McEwen & Willis, 2009).

Ambos os referenciais teóricos se inserem no paradigma da Transformação, que se caracteriza pela visão da pessoa como um ser único com capacidade e possibilidade de ser agente e parceiro nas decisões de saúde. Cada fenómeno é único, em interação recíproca e simultânea com o contexto onde decorre, podendo ser descrito por uma estrutura ou padrão único. Neste paradigma, o enfermeiro intervém ao “estar” com a pessoa, como parceiro de

cuidado, acompanhando-a nas suas experiências a partir de um cuidado individualizado (Kérrouac, 2009).

Jean Watson (2007) refere que a Teoria do Cuidado Humano, inserida da escola de pensamento do Cuidar, surge para fornecer uma base ética e filosófica para as dimensões profundas de Enfermagem. O compromisso com o que o papel do profissional e a missão de Enfermagem representam, o pacto ético com a sociedade como pilar do cuidado humano, a honra da experiência, a manutenção da dignidade e preservação da humanidade mesmo quando ameaçadas, são intemporais e transcendem a doença, condição e o ambiente (Watson, 2007). Por cada contexto profissional que tive oportunidade de cruzar, fui percebendo que as prioridades do cuidado se alteravam consoante a realidade clínica, necessidades e valores da pessoa, sem nunca alterar a própria essência de cuidar. O cuidar é visto como o ideal moral da Enfermagem e consiste em tentativas transpessoais de pessoa para pessoa para aumentar e preservar a humanidade, proteger e auxiliar a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência (Watson, 2002). Todo o encontro entre enfermeiro e pessoa pode ser considerado uma ocasião de prestação de cuidado e este transcende o tempo e o espaço, continua como parte de um padrão complexo e amplo, na vida ambos (Watson, 2007). A relação humana de cuidado conta com a ligação com a outra pessoa, com elevada consideração pela sua totalidade. Nesta relação o enfermeiro entra na experiência da pessoa e vice-versa e é formada uma união com o outro que honra a preocupação com a dignidade humana e preservação da humanidade (Watson, 2007). A visão de Watson (2002) requer que o enfermeiro seja um agente humanitário, como pessoa, envolvido ativamente nas transações humanas do cuidar. Esta ciência envolve o cuidar intersubjetivo, ou seja, o processo e prática de Enfermagem tornam-se transpessoais e metafísicos. Esta posição não abstém o método científico, mas procura elucidar e reconhecer outras dimensões operantes, de compreensão da componente humana, da Enfermagem e dos processos de cuidar tanto na saúde como na doença (Watson, 2002).

Em complementaridade, Afaf Meleis na Teoria das Transições acrescenta que no decorrer da vida a pessoa é alvo de diferentes fases de mudança, causando labilidade, ao que é necessário restaurar a estabilidade (Meleis, 2010). Uma transição é desencadeada por acontecimentos críticos e mudanças na pessoa e seu ambiente e o objetivo desta teoria é descrever, explicar e prever a experiência do ser humano em vários tipos de transições (Im & Meleis, 2021). Na vivência num contexto de pessoa em situação crítica, é prática diária o cuidado à pessoa e família padecentes de transições em processo de saúde-doença e

pressupõe-se que a Enfermagem deva desempenhar um papel central na facilitação de transições de forma apazível e eficaz para todas as pessoas, famílias e comunidades que experienciam mudanças que desencadeiam novos papéis e perdas de redes de apoio (Im & Meleis, 2021). O enfermeiro contacta com a pessoa que sofre transições relacionadas com a sua saúde e bem-estar, sendo que cada pessoa é única e irrepetível, com capacidade de ser agente e parceira nas decisões que a si lhe dizem respeito (Meleis, 2010). O pressuposto desta teoria é que todos os fenómenos de Enfermagem envolvem algum tipo de transição (Im & Meleis, 2021).

Por fim, a Enfermagem assinala um cuidar imperativo, com foco na promoção de saúde, crescimento individual e no cuidado como essência da prática. A teoria de Watson conduz o enfermeiro nas ações de intervenção consistentes no cuidado prestado, que possibilitem a cura e integridade da pessoa. Agregada a Watson, a Teoria das Transições de Meleis permite que o enfermeiro auxilie a pessoa a atingir objetivos saudáveis após o período de mudança que esta vivenciou (Souza et al., 2021).

1.3. Enquadramento do fenómeno em estudo

Neste capítulo será exposto o conhecimento produzido em investigação (Presidência do Conselho de Ministros, 2018). O fenómeno em estudo consiste na promoção de sono para a prevenção de *delirium* na pessoa em situação crítica a partir da implementação de intervenções não farmacológicas. A escolha do fenómeno surgiu por ser uma realidade vivida em contexto profissional e pela pertinência da implementação de intervenções autónomas de Enfermagem numa realidade subdiagnosticada, com repercussões negativas no estado clínico da pessoa e com um aumento significativo da mortalidade e morbilidade com implicações prognósticas pertinentes (Faria & Moreno, 2013).

O *delirium* é um distúrbio neurocognitivo, caracterizado por uma perturbação da consciência ou da atenção, com alteração da cognição basal que não pode ser explicada por um distúrbio com a mesma origem preexistente ou em desenvolvimento, ocorrido num curto espaço temporal e com oscilação durante o dia. Identificam-se alterações em mais do que uma área, podendo incluir memória, capacidade de aprendizagem, alterações na linguagem, desorientação e distorção da perceção ou perturbação de habilidade percepto-motora (American Psychiatric Association, 2023). Manifesta-se pela diminuição da orientação face a si próprio, ao ambiente e pela diminuição da capacidade de manter, focar, direccionar e mudar a atenção. O *delirium* representa um fator preditivo de mau prognóstico associado à

pessoa em situação crítica e constitui-se como um problema de saúde pública pelo impacto negativo na qualidade de vida da pessoa (Pinho, 2020).

Associada à pessoa em situação crítica, a evidência científica atual constata que o *delirium* carece de uma abordagem para a diminuição da sua prevalência e a primeira intervenção é apostar na sua prevenção (Pinho, 2020). Tal é possível a partir da instituição de um protocolo com o fim de alterar fatores predisponentes e precipitantes (Pinho, 2020). Juntamente, identificam-se outras características associadas ao *delirium*, mais precisamente na perturbação dos ciclos de sono-vigília e oscilação entre irritabilidade, ansiedade, depressão, euforia e apatia (American Psychiatric Association, 2023). Existem essencialmente três fatores precipitantes para a prevalência de *delirium* em UCI: a sedação, a imobilização e a privação de sono. A privação de sono é definida como o fator de risco potencialmente modificável, influenciando a recuperação da pessoa (Devlin et al., 2018). Uma UCI é um ambiente extremamente diferenciado e, consequentemente, com uma dinâmica de trabalho e normas padronizadas com foco na monitorização contínua, essencialmente com prioridade nos aspetos físicos e técnicos na assistência à pessoa, em detrimento da humanização do cuidado. Caracteriza-se por ser um ambiente stressante e altamente estimulante devido à presença de ruído e luminosidade intensa constantes, seja pela necessidade de realização de procedimentos clínicos, ou pela presença de alarmes óticos e sonoros (Pinho, 2020). Neste contexto clínico, o ambiente constitui-se como um fator de risco precipitante para a prevalência de *delirium*, pelo que cabe ao enfermeiro reconhecê-lo e agir de forma a o minimizar (Petrin, 2021).

É possível afirmar que a pessoa em situação crítica apresenta sono insuficiente e fraco em quantidade e qualidade, com ciclos incompletos. O *delirium* associa-se a uma maior perturbação do ciclo circadiano com aumento de sono no período diurno (Devlin et al., 2018). Está demonstrado que alterações do padrão de sono conduzem a disfunções fisiológicas e psicológicas, com repercussões no processo de recuperação da pessoa, podendo aumentar a morbilidade e mortalidade (Pinho, 2020).

Evidencia-se que uma abordagem eficaz à presença de *delirium* constitui-se como um indicador de qualidade do cuidado em saúde (Inouye et al., 2014). O tratamento não farmacológico inicia-se na abordagem inicial à pessoa e tem foco na prevenção do princípio de fatores de risco evitáveis responsáveis pela sua incidência (Lôbo et al., 2010). As medidas não farmacológicas são, na sua maioria, pouco dispendiosas e não requerem equipamento

adicional, apenas profissionais devidamente instruídos e motivados para a respetiva aplicação. Estas constituem-se como base para a prevenção de ocorrência de *delirium* e a sua implementação é recomendada principalmente em conjunto (intervenções multicomponentes) do que isoladamente (Petrún, 2021).

Etiologicamente, as perturbações do sono têm uma base multifatorial constituída por fatores extrínsecos e intrínsecos. Os fatores extrínsecos têm etiologia ambiental do contexto e comportamental dos profissionais de saúde, aos fatores intrínsecos estão presentes os aspetos físicos e psicológicos da pessoa. Perante esta realidade, os profissionais de saúde deverão prestar um cuidado holístico centrado nos hábitos e preferências de sono e repouso da pessoa, otimizando o ambiente que a rodeia (Pinho, 2020).

Ao mapear o fenómeno na evidência disponível, especificamente as intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* na pessoa adulta e idosa em situação crítica, emergem 16 intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* relacionadas com a luminosidade, ruído e o cuidado prestado. Numa análise baseada no seu valor semântico, é possível agrupá-las em duas categorias: Controlo Ambiental e Planeamento e gestão do cuidado.

Controlo Ambiental: controlo de luminosidade

O controlo de luminosidade verifica-se como eficaz na promoção de bem-estar psicológico, transmissão de segurança e com efeito positivo no humor quando utilizado como intervenção promotora de simulação de ritmo circadiano (Lange et al., 2022).

No período diurno é aconselhado: promover a vigília ao acender as luzes em quartos pouco iluminados; e promover o ciclo circadiano, privilegiando sempre que possível a presença de luz natural e a sua manutenção na unidade da pessoa (Lange et al., 2022; Tonna et al., 2021; Varejão & Coelho, 2022). No período noturno é recomendado: utilização de máscara ocular, descrita como uma intervenção cómoda; e o ajuste da iluminação a partir diminuição da intensidade das luzes e preferência pela utilização de luz de presença na unidade da pessoa (Faustino et al., 2022; Lange et al., 2022; Lee, 2022; Locihová et al., 2018; Matsuura et al., 2022; Patel et al., 2014; Petrún, 2021; Sousa et al., 2019; Tonna et al., 2021).

Controlo Ambiental: controlo de ruído

O ruído em UCI é um dos fatores mais prejudiciais para o sono na pessoa em situação crítica. Em média, o ruído em UCI encontra-se aproximadamente entre os 55 a 65 decibéis (dB), embora a Organização Mundial de Saúde recomende um nível máximo de 45dB no período diurno e 35dB no noturno, ao que a aplicação de um protocolo de redução de som no período noturno, segundo Lee (2022), permite diminuir a incidência de *delirium*.

As seguintes intervenções encontram-se descritas como promotoras de controlo de ruído: utilização de tampões auriculares (Faustino et al., 2022; Lange et al., 2022; Lee, 2022; Locihová et al., 2018; Oliveira et al., 2022; Patel et al., 2014; Petrun, 2021; Sousa et al., 2019; Van de Pol et al., 2017; Van Rompaey et al., 2012; Varejão & Coelho, 2022); ajuste de alarmes no período noturno, pela diminuição de volume dos monitores e telefones (Lee, 2022; Oliveira et al., 2022; Patel et al., 2014); redução de ruído externo à unidade da pessoa, a partir da diminuição do tom de voz por parte dos profissionais e visitas e fecho de portas da unidade quando não em uso (Patel et al., 2014; Petrun, 2021; Sousa et al., 2019).

A evidência demonstra que a utilização de tampões auriculares, aplicada de forma isolada ou em conjunto, é considerada como uma intervenção eficaz e promotora de qualidade do sono, com redução no risco de incidência de *delirium*, embora existam estudos que mencionem que a aplicação desta intervenção apenas atrasou o início de *delirium* (Lange et al., 2022). Concomitantemente, um estudo experimental randomizado conclui uma melhor perceção de sono pelos participantes com a utilização de tampões auriculares após uma primeira noite em UCI, com efeitos benéficos mais fortes nas primeiras 48 horas após a admissão, ao demonstrar um retardamento de início de *delirium* comparativamente aos participantes que não utilizaram tampões auriculares (Van Rompaey et al., 2012).

Com base no exposto acima, conclui-se que existe um efeito positivo na utilização de tampões auriculares em conjunto com máscara ocular, embora esta última esteja descrita como uma intervenção invasiva para a pessoa que seja incapaz de a remover sem auxílio (Lee, 2022). Porém, estas intervenções estão descritas como maioritariamente confortáveis, podendo ser aplicadas de forma segura para a promoção de sono e redução de incidência de *delirium* (Locihová et al., 2018). A aplicação de tampões auriculares revela-se como um instrumento útil, económico e de fácil implementação, sem necessidade de introduzir alterações organizacionais (Lange et al., 2022; Van Rompaey et al., 2012).

Planeamento e gestão do cuidado

Com base em evidência, existe conformidade no que respeita ao efeito positivo da implementação de intervenções multicomponentes na qualidade subjetiva do sono e diminuição significativa de incidência de *delirium*. O descrito confirma o resultado positivo na aplicação de um protocolo multicomponente com destaque no sono e *delirium* (Locihová et al., 2018; Patel et al., 2014).

As intervenções a incorporar o planeamento do cuidado são: promover ciclos de vigília diurnos (Lee, 2022; Thomas, 2021; Varejão & Coelho, 2022); promover períodos de mobilização no período diurno (ou posição sentada em cadeirão) (Sousa et al., 2019; Tonna et al., 2021); promover a estimulação cognitiva (a partir de estímulo visual e auditivo) no período diurno (jogos de associação) (Matsuura et al., 2022); orientar a pessoa em todas as vertentes (através de quadro branco, calendário, relógio e envolvimento da família sempre que possível) (Faustino et al., 2022; Lange et al., 2022; Patel et al., 2014; Thomas, 2021); estimular a audição e acuidade visual (Matsuura et al., 2022); implementar as preferências da pessoa para dormir (hora, posicionamento, ritual) (Oliveira et al., 2022; Thomas, 2021); promover um período mínimo entre 4 a 8 horas de sono noturno (Thomas, 2021); utilizar técnicas de aromaterapia/ musicoterapia/ massagem relaxante (Lange et al., 2022; Oliveira et al., 2022; Sousa et al., 2019).

As intervenções a integrar na gestão do cuidado são: limitar a estimulação no período noturno, ao limitar as interrupções de sono ao concluir intervenções antes das 23 horas ou adiamento posterior às 8 horas (uso de sinalética “STOP” de forma a relembrar a não perturbação da pessoa no período noturno) (Lee, 2022; Matsuura et al., 2022; Oliveira et al., 2022; Patel et al., 2014; Thomas, 2021); e por fim limitar/ restringir a prestação de cuidados não urgentes no período noturno, através do agrupamento de procedimentos sempre que possível (Lee, 2022; Matsuura et al., 2022).

O processo de implementação de intervenções não farmacológicas para a prevenção de incidência de *delirium* pode ser direcionado a partir de uma adequada gestão de cuidado e a prática de protocolos de atuação (Faustino et al., 2022). A implementação de intervenções não farmacológicas no período noturno carece de diretrizes a aplicar na dinâmica de trabalho e atividades promotoras de sono no cuidado à pessoa em situação crítica em UCI (Lee, 2022). A aplicação de intervenções multicomponentes é estatisticamente significativa na redução da incidência e duração de *delirium*, tempo de internamento e mortalidade. Tal apoia a

hipótese que a utilização de intervenções multicomponentes, comparativamente a intervenções de componente único (ou isoladas) e tratamento padrão, poderão produzir um resultado mais eficaz em ganhos em saúde (Faustino et al., 2022).

Sono insuficiente provoca um desequilíbrio entre atividade e repouso, prolongando a excitação, induzindo *delirium*. Devido a barreiras como carga de trabalho elevada, falta de tempo e a complexidade inerente à implementação de intervenções multicomponentes em ambiente de UCI, a aplicação de intervenções não farmacológicas promotoras de sono é aceite como o conjunto de intervenções mais eficazes entre as combinações de intervenções multicomponentes não farmacológicas (Matsuura et al., 2022). Adicionalmente, evidencia-se que a utilização de um protocolo noturno iniciado por enfermeiros poderá provocar um impacto positivo para a instituição, visto que o quadro de *delirium* aumenta os custos em cerca de 39% (Thomas, 2021). Este protocolo consiste num projeto de mudança de praxis para a redução de incidência de *delirium* a partir de uma prática de melhoria de sono constituído por intervenções a aplicar no período diurno e noturno para o controlo de ruído, luminosidade, redução de estímulos externos e, embora com constrangimentos durante a sua aplicação, exibiu uma redução de 50% de participantes com *delirium*, com monitorização a partir da escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) (Thomas, 2021). Intervenções multidisciplinares e multicomponentes (bundle) são descritas como seguras, eficazes e de fácil aplicação numa UCI. Intervenções relacionadas com controlo de luminosidade, ruído e atividade profissional associam-se a uma qualidade média de sono significativamente melhor com redução na incidência de *delirium* (Patel et al., 2014). Contudo ressalva-se a necessidade de mais destaque na investigação deste fenómeno e a criação de um programa universal de sensibilização aos profissionais de saúde para a importância do rastreio de *delirium* na pessoa internada em UCI (Patel et al., 2014).

Com base no exposto, conclui-se que as intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* na pessoa em situação crítica são mais eficazes quando aplicadas em conjunto, comparativamente à aplicação isolada. Em UCI, intervenções promotoras de redução de luminosidade, ruído e minimização de prestação de cuidados no período noturno são intervenções facilmente executadas com uma elevada taxa de implementação (Faustino et al., 2022; Lange et al., 2022; Lee, 2022; Locihová et al., 2018; Matsuura et al., 2022; Oliveira et al., 2022; Patel et al., 2014; Petrun, 2021; Sousa et al., 2019; Thomas, 2021; Van de Pol et al., 2017; Van Rompaey et al., 2012; Varejão & Coelho, 2022). O enfermeiro é identificado como o profissional que mais poderá contribuir para a

prevenção de incidência de *delirium*, visto que é o profissional que mais tempo permanece junto da pessoa (Oliveira et al., 2022; Varejão & Coelho, 2022). É igualmente defendida a implementação de um protocolo de melhoria de sono pelos enfermeiros padronizado na prestação de cuidados.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A prática reflexiva compreende-se como um importante meio de capacitação profissional na aquisição de conhecimento profundo sobre os saberes e práticas (Santos & Fernandes, 2004). No presente capítulo será exposta o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de Mestre sob uma perspectiva analítica e reflexiva.

O enfermeiro cuida da pessoa e sua família ao longo de todo o ciclo vital, desde o nascimento até à morte, em variados contextos que requerem o domínio de competências gerais e específicas (Nunes de Oliveira et al., 2016). É-lhe reconhecida competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 1996). Benner (1994) definiu a competência do enfermeiro como a capacidade de este executar uma tarefa com o resultado desejável, sob as condições do mundo real. Tal implica que a prática de Enfermagem demande a aplicação de combinações complexas de conhecimentos, habilidades e valores (Cowan et al., 2005). A competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e segurança do cuidado. O seu desenvolvimento gradual visa dotar o enfermeiro de aptidões e características que promovam a prática de um cuidado de excelência (Nunes de Oliveira et al., 2016). É preciso experiência para desenvolver competências, visto que é impossível aprender formas de ser e de lidar com uma situação clínica apenas através de conceitos ou teoria (Benner, 1994). A experiência é também necessária para a perícia, pois torna possível a interpretação das situações clínicas nos processos de tomada de decisão complexos e os conhecimentos clínicos adquiridos são o foco no desenvolvimento da ciência de Enfermagem e na evolução da sua prática (Benner, 2001).

Ao enfermeiro especialista é reconhecida competência científica, técnica e humana para a prestação de um cuidado de Enfermagem especializado, sendo atribuído o título de Enfermeiro Especialista ao profissional que adquire competências na sua área de especialidade, em conjunto com as competências comuns (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). As competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas através da sua capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados e através

de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, independentemente da sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) As competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstrando-se pelo elevado grau de adequação de cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

A pessoa em situação crítica é quem apresenta ameaça de vida por eminência de falência ou mesmo falência de uma ou mais funções vitais, dependendo de meios avançados para monitorização, terapêutica e vigilância. O cuidado de Enfermagem é altamente qualificado e prestado de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo a manutenção de funções básicas de vida e prevenindo complicações, com foco num quadro de recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Após esta exposição e de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica o conjunto de competências específicas a adquirir na área são:

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

(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19359)

Este capítulo encontra-se subdividido por cada contexto de estágio, onde são apresentadas as suas características, objetivos delineados e descrições de vivências experienciadas ao longo do tempo. Será apresentada uma análise aprofundada das competências comuns e específicas adquiridas neste percurso. As competências supracitadas regem-se pelos regulamentos N.º 140/2019 e N.º 429/2018, definidos e publicados pela Ordem dos Enfermeiros. Cada estágio conta com objetivos específicos, existindo um objetivo geral e transversal a todo o percurso: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e

relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família. Salvaguardo que muitas foram as experiências que permitiram o meu desenvolvimento, no entanto, serão expostas as que considero mais gratificantes e que melhor refletem a aquisição de competências.

2.1. Pessoa em Situação Crítica num Serviço de Urgência Polivalente

Previamente ao início da UC Estágio Final e Relatório, estabeleci que o meu primeiro contacto no desenvolvimento de competências seria em contexto de serviço de urgência num hospital central. Tal motivação prende-se pelo enriquecimento profissional e aperfeiçoamento do cuidado à pessoa em situação crítica, num contexto de grande afluência de pessoas com situações de saúde-doença de maior complexidade e com profissionais peritos na área.

Um serviço de urgência é classificado como um serviço multidisciplinar e multiprofissional que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em toda a situação enquadrada de urgência e emergência médica (consideradas aquelas que cuja gravidade e de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata) (Ministério da Saúde, 2002). A rede de serviços de urgência engloba três nomenclaturas consoante o nível de recursos e capacidade de resposta às diferentes valências: Serviço de Urgência Básico, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e Serviço de Urgência Polivalente (Ministério da Saúde, 2014). O presente contexto de estágio pertence a um centro hospitalar num hospital central, com foco na formação e desenvolvimento científico e de investigação para a prestação de cuidado de excelência e atendimento às necessidades da população. Categoriza-se como um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), tratando-se do nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência e emergência, oferecendo resposta de proximidade à população da sua área e, numa situação de urgência, é o primeiro acesso aos cuidados de saúde na instituição a partir do exterior. Conta com designação de Centro de Trauma pelo atendimento e tratamento da pessoa vítima de trauma grave e conta com gestão integrada de viatura médica de emergência e reanimação (VMER) na participação na prestação de cuidado à pessoa em situação crítica (Ministério da Saúde, 2014).

Inicialmente na minha chegada ao contexto, priorizei a integração no serviço e o reconhecimento do espaço físico, organização estrutural, métodos e dinâmicas de trabalho entre a equipa de Enfermagem e restante equipa multidisciplinar, tal conta igualmente com o conhecimento dos protocolos instituídos e em vigor. A admissão no SUP inicia-se na sala de triagem, com uso da Triagem de Manchester, sistema de uso obrigatório nos serviços de

urgência em Portugal definido pela Direção Geral da Saúde, com o objetivo de determinar o nível de prioridade e identificação de critérios de gravidade de forma concreta e sistematizada (Direção Geral da Saúde, 2018). De forma a proporcionar um atendimento eficaz e diferenciado a situações específicas, o SUP adotou os algoritmos de Via Verde (VV) de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma, Coronária e Sépsis recomendados pela Direção Geral da Saúde. As Vias Verdes são algoritmos clínicos de avaliação de processos patológicos e funcionam como circuitos de encaminhamento (com componente extra e intra-hospitalar) em que a relação entre o tempo para execução de um conjunto de atitudes clínicas é determinante do resultado terapêutico, consistindo numa cadeia de cuidados para uma abordagem estruturada e precoce (Grupo Português de Triagem, 2011). Os diferentes setores do SUP são: sala de espera de triagem, sala de triagem (constituída por três postos), sala de espera de pessoas triadas, duas salas de reanimação (com total de três unidades de assistência), três gabinetes de observação (para prioridade laranja), gabinetes de observação (um para especialidades médicas, um para cirurgia geral, cinco para medicina interna), sala de meios complementares de diagnóstico, duas salas de prestação de cuidados e realização de procedimentos (inclusive sala de aerossóis para pesquisa de COVID-19), sala de pequena cirurgia, duas salas de ortopedia, gabinete de radiologia (com duas salas para realização de radiografia), Serviço de Observação (SO) (com unidades de internamento) e fisicamente externo, mas parte do SUP, o internamento em SO para a pessoa diagnosticada com COVID-19. Atualmente a equipa de Enfermagem no presente contexto é constituída por 149 enfermeiros, distribuídos em cinco equipas de *roulement* e uma equipa de apoio no turno da manhã, coordenadas pelo Enfermeiro Gestor e Enfermeira Coordenadora. A maioria da equipa é constituída por enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e a cultura organizacional do serviço promove a prestação de cuidados de excelência conciliada com a gestão da grande afluência de pessoas. Desde a admissão, até à transferência ou alta no SUP, a pessoa passa por diferentes setores de trabalho e por diferentes enfermeiros e métodos de trabalho. A metodologia adotada varia de acordo com o setor de trabalho do enfermeiro. Na sala de triagem e internamento em SO, o método de trabalho praticado é o método individual, onde o enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência das pessoas a si atribuídas, embora o trabalho em equipa e comunicação se encontrem presentes, permitindo uma melhor gestão e priorização de cuidados. No setor de salas de tratamentos por prioridade consoante o sistema de Triagem de Manchester, o método de trabalho praticado é o método funcional, com alcance de proficiência através da realização sistemática de técnicas pela distribuição de tarefas. Na sala de reanimação, o método adotado

é o de trabalho em equipa, onde é garantido que os enfermeiros usufruam das suas qualificações e habilidades, rentabilizando as aptidões do grupo para a prestação de cuidado à pessoa (Almeida Ventura-Silva et al., 2021). Um turno inicia-se pela distribuição da equipa de Enfermagem pelos postos de trabalho, sendo que cada enfermeiro é responsável pelas pessoas atribuídas ao seu posto e pela totalidade de cuidados prestados nesse setor. Caso a afluência de pessoas ao serviço supere o esperado, é realizada uma reestruturação dos recursos humanos no momento pelos postos de trabalho e o planeamento de cuidado poderá sofrer alterações (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). A distribuição dos enfermeiros está atribuída ao chefe de equipa que conta com a equipa de gestão de camas (gerida pelo enfermeiro coordenador de cada turno) para a agilização de vagas disponíveis em internamento no SO e vagas disponíveis nos restantes serviços. O rácio entre enfermeiro/pessoa varia de acordo com o posto em que se encontra e o planeamento de cuidado e realização de registos de Enfermagem são executados via plataforma informática instituída no serviço.

Liderança define-se como a arte de influenciar pessoas a cumprir uma determinada tarefa para o alcance de um objetivo comum, com uso às melhores estratégias e inovação, com uma visão focada no futuro. No contexto de serviço de urgência, a equipa deve trabalhar de forma sincronizada e segura. Um exercício eficaz de liderança é fundamental para que o enfermeiro conduza a equipa num contexto em que o processo de tomada de decisão deverá de ser rápido (Wehbe & Galvão, 2005). No SUP, o estilo de liderança observado é o estilo situacional, que engloba quatro estilos (determinar, persuadir, partilhar e delegar) e a utilização dependente do conhecimento, aptidão técnica e disposição do liderado para a realização da tarefa (Wehbe & Galvão, 2005). A liderança situacional emerge como um conceito integrador com o objetivo de o enfermeiro se apropriar do seu processo de liderança, sendo necessárias habilidades mínimas entre elas a capacidade de diagnóstico, flexibilidade e trabalho em equipa (Andrigue et al., 2016).

Ao integrar pela primeira vez uma equipa num contexto diferente, o SUP, voltei ao estatuto de enfermeira iniciada avançada, visto que na integração numa realidade nova senti a complexidade de incorporar o que aprendi na teoria com o que vivenciava na prática. Tal é defendido por Benner (2001) ao reforçar que a aquisição de competências nesta realidade depende da situação vivenciada e não das capacidades da pessoa, ao que me propus em desenvolver os seguintes objetivos:

1. Desenvolver competências teóricas, técnicas e humanas no cuidado à pessoa em situação crítica e respetivos familiares no SUP.
2. Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da prevenção de *delirium* na pessoa em situação crítica.

Ao iniciar este estágio, com referido anteriormente, defini como prioridade dominar o espaço físico e dinâmica de trabalho, com postura interessada, garantindo um período de integração coeso e consequentemente vantajoso para o meu contínuo desempenho. Procurei conhecer as principais necessidades de cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de serviço de urgência e estruturei prioridades que considere mais pertinentes, de forma a me adaptar a este contexto e dar uma resposta especializada. Para tal, defini como atividades a realização de turnos em sala de reanimação de modo a rentabilizar as oportunidades de contacto com situações críticas, com foco principalmente à pessoa politraumatizada e com diagnóstico médico de enfarte agudo do miocárdio (EAM). Preocupe-me igualmente em perceber as rotinas face à reposição, substituição e verificação de material utilizado e verificação dos carros de emergência, testagem de ventiladores, verificação de funcionamento de monitores e desfibriladores, desinfeção de macas e o circuito de material limpo, sujo e esterilizado. Nos primeiros contactos à pessoa em situação crítica comecei por absorver a dinâmica de atuação consoante o caso clínico ao participar ativamente na recolha de dados, estabilização da pessoa e processos de tomada de decisão, com partilha de raciocínio clínico e posterior *debriefing* com a Enfermeira Orientadora e restantes colegas presentes. Com o decorrer do tempo, comecei a ganhar autonomia e a assumir o cuidado especializado à pessoa em situação crítica com base no meu raciocínio clínico. Segue-se a exposição de três descrições de vivências, com a identificação de situações/problemáticas sob uma perspetiva global de análise da experiência, que permitem expor a aquisição de competências previstas para o primeiro objetivo definido.

A análise crítico-reflexiva que se segue propõe a exposição de aquisição de competências, no presente contexto clínico, referentes à intervenção de Enfermagem na admissão da pessoa politraumatizada. Esta análise conta com a descrição da avaliação da situação clínica da pessoa, juntamente com a análise e raciocínio clínico para a implementação de intervenções de forma a englobar todo o processo de cuidado e estabilização clínica, desde a sua admissão no SUP até à tua transferência para continuidade do cuidado. O trauma assume-se como causa principal de morte a nível mundial. O politraumatismo é definido como uma lesão de dois ou mais sistemas orgânicos, secundária

a mecanismos de traumatologia que envolvem episódios de quedas, acidentes, agressões, lesões resultantes de explosão e lesões penetrantes. A diminuição do impacto das lesões traumáticas é assumida como um dos maiores desafios de saúde pública do século pela Organização Mundial de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2010). O Sr. M. de 29 anos deu entrada no SUP, trazido pela VMER, após ter sido sujeito a trauma penetrante por arma de fogo. Previamente à sua chegada, a equipa multidisciplinar foi notificada telefonicamente do transporte, responsabilidade do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), pela ativação de VV Trauma, ao que procedi à organização da unidade que o iria alojar na sala de reanimação, antecipando qualquer cuidado necessário específico para este tipo de abordagem (Direção-Geral da Saúde, 2022b). Após a chegada ao SUP, foi transmitida toda a informação conhecida e pertinente para o caso pela equipa da VMER e o Sr. M. foi transferido para uma maca do serviço. À abordagem inicial do Sr. M. comecei por proceder à monitorização eletrocardiográfica, avaliação de sinais vitais e à avaliação primária de acordo com a metodologia XABCDE (X – Exsanguinação; A – Permeabilização de Via Aérea; B – Ventilação e Oxigenação; C – Circulação e Controlo Hemorrágico; D – Disfunção Neurológica; E – Exposição) (National Association of Emergency Medical Technicians, 2020). Embora esta avaliação já ter sido realizada no primeiro contacto do Sr. M. com a equipa de VMER, reavaliei consciente da sua pertinência, pelo risco de hemorragia potencialmente ativa e por se tratar de um contacto com uma nova equipa de saúde (Valente et al., 2012): X – Por a hemorragia já ter sido controlada na resposta pré-hospitalar, assegurei que o controlo hemorrágico mantinha-se eficaz com a colocação de um torniquete no membro inferior direito abaixo de uma fratura exposta na face posterior da coxa direita e verifiquei que não existiam mais sinais de hemorragia ativa. Observei lesões penetrantes sangrantes em quantidade vestigial apenas a nível dos membros inferiores: glúteo esquerdo, região anterior inferior da coxa esquerda, região lateral externa superior da coxa esquerda, região anterior da coxa direita, todas sem lesão de saída; A – Via aérea permeável, com discurso verbal perceptível e sem queixas associadas; B – Ventilação simétrica bilateralmente, profunda e regular com 14-18cpm, sem presença de cianose visível, sem sinais de dificuldade respiratória e com saturações periféricas compreendidas entre 97-100%, sem aporte de oxigénio; C – Pele quente ao toque, mucosas descoradas e hidratadas, sem sinais de choque e com tempo de preenchimento capilar inferior a 3 segundos. Hipertenso com tensão arterial de 162/89mmHg, taquicárdico com frequência cardíaca entre 95-110bpm em ritmo sinusal, com pulso radial rítmico e cheio e pulso pedioso bilateral rítmico, mas filiforme. Apirético com 36,2°C e normoglicémico com 146mg/dL. Observei um acesso

venoso periférico (16Ga) puncionado pela VMER no local, puncionei um acesso novo à chegada ao SUP (18Ga) no dorso da mão esquerda e recolhi sangue para identificação de grupo sanguíneo, hemograma, estudo de coagulação e bioquímica; D – Sr. M. consciente, orientado, com um score 15 na Glasgow Coma Escala (GCS), pupilas reativas e isocóricas, sem midríase ou miose. Alterações motoras por trauma nos membros inferiores; E – Por se tratar de um caso clínico de politraumatismo, cumpro com o preconizado na Norma VV Trauma da Direção-Geral da Saúde ao realizar o exame físico incluindo áreas facilmente esquecidas, como o couro cabeludo, pescoço, dorso e períneo (Direção-Geral da Saúde, 2022b). O Sr. M. apresentava as apenas as lesões acima descritas a nível dos membros inferiores, com manutenção de torniquete com tempo de aplicação de aproximadamente 1 hora sem sinais de compromisso neurocirculatório e observação da restante superfície corporal sem sinais de trauma, hemorragia, hematoma, queimadura, deformação ou massas proeminentes. Após a estabilização inicial do Sr. M., é importante obter um historial dirigido às circunstâncias do trauma, a partir da utilização da mnemónica SAMPLE (Sinais/ Sintomas; Alergias; Medicações; Passado médico; Última refeição e Eventos) (American Heart Association, 2020). Apliquei esta mnemónica a partir de questões claras e simples, em que o Sr. M. negou conhecer alergias e garantiu jejum de aproximadamente três horas. A evidência exibe o fenómeno de quanto maior o índice de gravidade da vítima, maior o seu tempo de permanência na sala de emergência para avaliação e uma vez estratificado o nível de gravidade, quanto mais elevado, mais a vítima beneficia de cuidados diferenciados e precoces (Theodorou et al., 2009). Apoiada neste raciocínio, após a observação da equipa médica, foi dada a indicação para a realização de uma tomografia computadorizada (TC) ao abdómen e membros inferiores, que se considerei como prioritária aos restantes exames (radiografia e eletrocardiograma), embora estes tenham sido antecipados por aguardar chamada da equipa de imagiologia, pelo que continuei de forma a não se perder tempo. Por fim, recebemos a informação que o Sr. M. teria indicação para ir para Bloco Operatório de imediato. À chegada, transmiti a informação clínica segundo a metodologia ISBAR (Identificação; Situação Atual; Antecedentes; Avaliação e Recomendações) à equipa, por ser uma ferramenta padronizada de comunicação em saúde, reconhecida por promover a segurança da pessoa em situação crítica na transição de cuidado (Direção-Geral da Saúde, 2017). No decorrer do tempo fui explicando ao Sr. M. os procedimentos realizados, os respetivos objetivos e os exames a que estaria sujeito, pois são aspetos importantes na prestação de cuidado, visto que auxilia a pessoa a ganhar autoconhecimento, controlo e auto-restabelecimento, onde um sentido de harmonia interior é reconduzido, apesar das

circunstâncias externas (Watson, 2002). Ao permitir que o Sr. M. participasse ativamente no seu plano de cuidado, a partir da criação de um espaço aberto para dúvidas e exteriorização de sentimentos, reforçava a transmissão de informação ao mesmo tempo que garantia que o Sr. M. era detentor de conhecimento face à sua situação clínica atual. Igualmente, fui comunicando com a restante equipa multidisciplinar de forma a garantir uma adequada articulação de cuidado prestado, visto que uma comunicação efetiva em ambiente fechado entre os profissionais em ambiente multidisciplinar promove um ambiente de segurança para a pessoa em situação crítica (Santos et al., 2021). Para além da comunicação verbal, realizei registos de Enfermagem detalhados na plataforma digital adequada correspondentes à situação atual do Sr. M., garantindo uma adequada transmissão de informação (Dutra et al., 2016). Exposta a vivência e no decorrer de todo o tempo de estágio, considero que demonstrei aquisição de competências comuns e específicas de enfermeira especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área de pessoa em situação crítica, pela capacidade de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e risco de falência orgânica, com foco na identificação de instabilidade e na capacidade de resposta rápida, antecipatória e segura (Ordem dos Enfermeiros, 2018). À chegada do Sr. M. ao SUP realizei a avaliação primária preconizada pela Norma 012/2022 da Direção-Geral da Saúde e interpretei os dados obtidos com base na evidência mais recente (Direção-Geral da Saúde, 2022b). Enquanto realizava a avaliação primária, ao analisar o padrão hemodinâmico do Sr. M., que se encontrava taquicárdico e hipertenso, mantive a reavaliação das lesões e do controlo hemorrágico. Relativamente ao padrão hipertensivo, uma elevação aguda da pressão arterial é, na resposta ao stress, atribuída à atividade do sistema nervoso simpático (Cacho et al., 2013). A taquicardia é um sintoma tardio num caso mais avançado de hipovolémia no choque hemorrágico (Brandão et al., 2017) e, por o Sr. M. apresentar perdas hemáticas estimadas de 750ml (cerca de 15% de volume total de sangue) pertencendo à Classe I na classificação do choque hipovolémico, admiti esta alteração hemodinâmica como um quadro de dor aguda, visto que segundo a Classe I compreende uma frequência cardíaca normal ou ligeiramente aumentada e uma pressão arterial normal (The Committee on Trauma, 2018), enquanto que a dor, como fator de stress, provoca um efeito vasoconstritor e aumento da resistência vascular (Cacho et al., 2013). Apliquei a Escala Numérica da Dor, por ser um instrumento de rápida utilização, ao que o Sr. M. respondeu sentir uma dor de grau 10 e por se tratar de um caso de dor aguda e intensa, procedi à administração de analgesia prescrita (Mateus et al., 2008). A nível respiratório, o Sr. M. apresentava-se sem alterações do padrão respiratório, com saturações periféricas de 97-100%, não necessitando

de aporte suplementar de oxigénio por saturações superiores a 94% e sem sinais de hipoxia (American Heart Association, 2020). Encontrava-se com jejum de aproximadamente 3 horas com uma glicémia capilar de 146mg/dL, dentro dos padrões estabelecidos de normoglicémia, não existindo a necessidade de correção com glicose hipertónica (Monahan & Phipps, 2008). Desde a entrada do Sr. M. no SUP que me preocupei em cumprir os limites de tempo estabelecidos no protocolo instituído para a pessoa vítima de trauma, pelo que contactei a equipa de observação médica para que o Sr. M. fosse observado nos primeiros 20 minutos após a sua chegada, agilizando o seu transporte para a TC nos minutos seguintes e posterior avaliação secundária para decisão de novos ou outros meios complementares de diagnóstico, necessidade de cirurgia, ou internamento (Direção-Geral da Saúde, 2022b). Garanti a segurança do Sr. M. nos transportes realizados tanto para a TC, como Bloco Operatório através da monitorização necessária, neste caso com ECG, pressão arterial e oximetrias contínuos, e através da mala de transporte de pessoa em situação crítica, devidamente verificada e selada, para possível recurso durante o transporte e/ou durante o exame (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). Por uma comunicação eficaz ser fundamental, na transferência do Sr. M. para o Bloco Operatório, assegurei a segurança e continuidade do cuidado ao transmitir a informação sob a metodologia ISBAR (Direção-Geral da Saúde, 2017). Geri a comunicação interpessoal recomendada para a fomentação de uma relação de ajuda com a pessoa em situação crítica, pela demonstração de conhecimento em técnicas e estratégias facilitadoras de comunicação ao esclarecer o Sr. M. face aos exames e procedimentos realizados, quais os respetivos objetivos e o que esperar durante os próximos momentos no SUP e posteriormente no Bloco Operatório.

A próxima análise crítico-reflexiva diz respeito ao cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação de EAM, com foco no cuidado especializado na gestão da dor. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, dor define-se como um comprometimento da perceção, com aumento de sensação corporal desconfortável, com referência subjetiva de sofrimento e limitação do foco de atenção (Garcia et al., 2021). Consiste numa experiência multidimensional desagradável, englobando a componente sensorial e emocional da pessoa, estando descrita a associação a uma lesão tecidular concreta ou potencial (Direção-Geral da Saúde, 2003). Dor aguda é de início recente, com provável duração limitada, existindo normalmente uma definição temporal e/ ou causal (Mateus et al., 2008). A dor torácica aguda é um dos motivos de maior procura por serviços de emergência,

que conta com um diagnóstico diferencial amplo (Santos et al., 2015). Neste contexto, conta com uma maior prevalência no sexo feminino e na pessoa com uma faixa etária superior a 60 anos (Miranda & Rampellotti, 2019). Ao receber o turno na sala de reanimação, acabava de chegar acompanhado por uma equipa de VMER o Sr. H. de 61 anos de idade, estrangeiro, com quadro de dor torácica com diagnóstico médico de EAM. Recebi informação clínica pela equipa da VMER e solicitei a um enfermeiro para realizar uma chamada direta para o técnico de eletrocardiografia enquanto procedia à monitorização eletrocardiográfica e de sinais vitais. Simultaneamente apresentei-me ao Sr. H., que apenas falava inglês e expliquei-lhe onde estava e reforcei o motivo pelo qual tinha sido admitido em ambiente hospitalar. Esta primeira interação seguiu o estipulado na abordagem à pessoa em situação crítica com EAM e, apesar do Sr. H. já ter sido transportado por uma equipa com enfermeiro e médico, voltei a realizar uma avaliação primária à chegada ao SUP segundo a metodologia ABCDE (A – Permeabilização de Via Aérea; B – Ventilação e Oxigenação; C – Circulação e Controlo Hemorrágico; D – Disfunção Neurológica; E – Exposição) (American Heart Association, 2020). Durante a minha avaliação, verifiquei que o Sr. H. encontrava-se sudorético, com inquietude, hipertenso e com supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (ECG), sugestivo de lesão isquémica do miocárdio (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). Questionei se sentia algum desconforto ou dor, ao qual o Sr. H. me respondeu que sentia dor. Face a esta informação, pelo Sr. H. ter direito ao melhor controlo da dor, independentemente da sua situação de saúde-doença e por ser uma experiência subjetiva, a sua avaliação é fundamental para uma adequada gestão e controlo, pressupondo a utilização de um instrumento de avaliação indicado à situação e suas condições (Mateus et al., 2008). Pedi que me descrevesse as características da dor face à sua localização, qualidade, duração, frequência e intensidade. Ao recolher os dados de forma a adequar o cuidado a prestar, o Sr. H. mencionou ser uma dor retrosternal, sem irradiação, em aperto e contínua, com início pouco tempo antes da chamada de emergência. De seguida, escolhi aplicar a Escala Numérica da Dor como instrumento de avaliação de intensidade por ser um instrumento de autoavaliação, por se adequar à situação clínica, ao tipo de dor, à idade e capacidade de compreensão do Sr. H., por eu própria já deter experiência de utilização e por ser uma escala com facilidade de aplicação, permitindo agilizar os restantes procedimentos de admissão e estabilização do Sr. H. (Direção-Geral da Saúde, 2003; Mateus et al., 2008). Na admissão na sala de reanimação, durante a transmissão de informação segundo a metodologia ISBAR, a equipa da VMER mencionou que no local foi administrado dinitrato de isossorbida para alívio sintomático,

mas ao eu aplicar a Escala Numérica da Dor, o Sr. H. mencionou sentir uma dor de grau 6 (intensa), desde o início dos sintomas e sem alívio mesmo após a administração de medicação. Por manutenção do quadro álgico, procedi à punção de um novo acesso venoso periférico de 18Ga na fossa antecubital direita, de forma a manter no mínimo dois acessos venosos de grande calibre, recolhi uma amostra sanguínea para marcadores bioquímicos, comuniquei à equipa médica a minha avaliação do quadro álgico do Sr. H. e procedi à administração de morfina, conforme o preconizado na abordagem à pessoa com EAM, por a sintomatologia não ceder à administração de nitrato (vasodilatador, com efeito relaxante na musculatura lisa e redução de pré-carga, com redistribuição de fluxo cardíaco e consequente alívio de sintomatologia anginosa) (Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). Por as intervenções farmacológicas serem intervenções interdependentes, decidi implementar em complementaridade intervenções não farmacológicas, autónomas em Enfermagem, que me permitissem promover o conforto e autonomia no processo de transição de saúde-doença que o Sr. H. estaria a vivenciar. Intervenções não farmacológicas baseiam-se em métodos ou técnicas preventivas ou de tratamento da dor que não carecem da administração de fármacos (Mateus et al., 2008). A evidência exhibe que estes tipos de intervenções em situação de dor aguda têm como foco o controlo de sintomatologia e permitem que a pessoa consiga autogerir a intensidade da dor (Matos et al., 2018). Para o quadro dor aguda vivenciada pelo Sr. H., as intervenções não farmacológicas preconizadas com efeito positivo no controlo da dor basearam-se no posicionamento, técnicas de relaxamento e suporte emocional (Matos et al., 2018). Posteriormente à administração de morfina, questionei o Sr. H. face a fatores de alívio e de agravamento da dor, ao que me respondeu preferir a posição sentada, ao que procedi à otimização do seu posicionamento na maca, de forma a garantir não só uma adequada exposição corporal para a realização de procedimentos técnicos, mas também o seu bem-estar. No decorrer da interação com o Sr. H., expliquei a necessidade de toda a monitorização, de todos os profissionais, da agitação e esclareci os procedimentos que estava a realizar e quais os passos prováveis a seguir, de forma que não se sentisse isolado por não compreender o que se passava à sua volta, mas também pela barreira linguística. Dei uso a intervenções cognitivo-comportamentais, mais precisamente a técnicas de distração e de relaxamento com imaginação através de questões sobre a sua vinda a Portugal, quem o acompanhava, o que pretendia visitar, o que queria comer e explorar, de forma a aumentar o seu foco na sensação de tranquilidade, através da diminuição de tensão, ansiedade e dor relacionadas com a sua inatividade na sala de reanimação (Mateus et al., 2008). Durante a

permanência do Sr. H. na sala de reanimação, garanti uma monitorização rigorosa e contínua do seu desconforto, a partir de respostas de Enfermagem apropriadas a esta situação de saúde-doença, ao reavaliar o grau de dor segundo a escala anteriormente aplicada, com um alívio significativo de dor de grau 6 (dor intensa) inicialmente, para um alívio gradual até à avaliação final de dor grau 1 (dor ligeira). Adicionalmente, fui comunicando com o mesmo, como forma autónoma de gestão da dor e inquietude que inicialmente demonstrava, com o seu devido efeito. Exposta esta vivência, considero que demonstrei o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeira especialista no cuidado à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019a), nomeadamente na resposta a uma adequada gestão e controlo da dor. À chegada do Sr. H. procedi à avaliação inicial de abordagem à pessoa segundo o algoritmo de síndrome coronário agudo e por diagnóstico médico de EAM já instalado assegurei a avaliação de sinais vitais com a devida monitorização: o Sr. H. encontrava-se hipertenso e com ECG com supradesnivelamento do segmento ST; já com chamada prévia do técnico de eletrocardiografia para a realização de ECG o mais breve possível, que foi compreendida e efetivada com sucesso; procedi à identificação e juntamente com o Sr. H. à avaliação do grau de dor, com uma adequada gestão e controlo da dor, ao abranger intervenções destinadas ao seu tratamento (Direção-Geral da Saúde, 2003). Ao identificar um quadro de dor, promovi a prestação de um cuidado que eliminasse ou reduzisse a dor para um nível considerado aceitável pelo Sr. H. e garanti uma colaboração adequada com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar no planeamento de intervenções para a gestão da dor, de acordo com objetivos realistas (Mateus et al., 2008). Concomitantemente à utilização de intervenções farmacológicas, demonstrei conhecimento face à implementação de intervenções não-farmacológicas de modo a promover o conforto do Sr. H., envolvendo-o no plano de cuidado, considerando as suas preferências e fatores de alívio, com base em evidência científica disponível, com respeito à sua autonomia (Matos et al., 2018).

Uma emergência é uma situação desafiadora e a capacidade de priorização de cuidados é consequentemente fundamental para a estabilização do quadro clínico da pessoa. Esta não se define como um estado, mas como um processo com origem num ponto diferente de um *continuum* comum, cujas extremidades opostas são a ausência total de risco de vida e a existência de um risco de vida máximo. De acordo com este raciocínio, emergência caracteriza-se como um acontecimento de algo grave, cuja aparição é súbita e ameaça perigo (Giglio-Jacquemot, 2005). Ao passar pela primeira vez num contexto como o SUP percebi

que, na grande maioria das vezes, a resposta à situação crítica tem de ser o mais rápida e complexa possível, ficando esquecida a componente humana que nos permite prestar um cuidado sob uma perspectiva holística. Esta última descrição de vivências explora a componente humana na prestação de um cuidado especializado e holístico. O Sr. V. deu entrada no SUP por uma crise convulsiva na via pública, presenciada por um civil. À minha chegada no início do turno, o Sr. V. já se encontrava internado há aproximadamente 3 horas, no setor muito urgente (pulseira laranja), conforme o preconizado segundo a Triagem de Manchester, encontrando-se muito inquieto (Grupo Português de Triagem, 2011). Pela natureza humana da Enfermagem, os componentes morais, espirituais e metafísicos não podem ser ignorados ou substituídos, uma vez que operam de forma presente, direta ou indiretamente (Watson, 2002). À minha abordagem o Sr. V. encontrava-se ansioso e preocupado com a sua situação clínica. Mencionou que se encontrava sozinho no SUP, sem acompanhante, por estar sozinho na via pública e sem telemóvel, por não o ter levado consigo. Referiu ser casado e que a sua esposa (dependente em algumas atividades de vida diárias) estaria preocupada por não saber o que se passava, sem possibilidade de o contactar e sendo inclusive o Sr. V. o seu cuidador informal. Questionei o Sr. V. relativamente a formas de entrarmos em contacto com a sua esposa e se existiria mais alguém a quem gostaria de comunicar o sucedido. Questionei igualmente se a sua inquietude e ansiedade estariam também ligadas à sua situação clínica e se já tinha falado com algum profissional de saúde desde os últimos exames complementares de diagnóstico que já tinha realizado. O Sr. V. referiu ter uma filha, tendo o seu contacto guardado na carteira que lhe teria sido retirada e guardada à chegada sem saber ao certo onde e que para além de não conseguir entrar em contacto com nenhum familiar, também não sabia o que lhe tinha acontecido, o que se passava e se poderia ou não ter de ficar internado, comprometendo o apoio que dava diariamente à sua esposa. Desta forma identifiquei um problema a integrar no cuidado especializado ao Sr. V.: a gestão de ansiedade perante a incerteza face à sua situação clínica atual. A incerteza define-se como a incapacidade de a pessoa estruturar de forma adequada os eventos associados à sua situação clínica, ou como a sua inaptidão para a previsão de resultados (Tomey & Alligood, 2004). Meleis (2010) afirma que a pessoa vivencia diversas emoções, dubiedade e conflitos interpessoais e, estando a incerteza presente em todos os momentos de transição. Mishel (1981) complementa desenvolvendo a Teoria da Incerteza na Doença, onde o risco de ameaça à vida é um indicador de aumento de incerteza, como um estado cognitivo que impossibilita a pessoa de categorizar a sua patologia devido a informação insuficiente (Miller, 2015; Mishel, 1981). Ao saber que o Sr. V. se encontrava

ansioso face à sua situação de saúde, às implicações no seu futuro e pelo facto de não ter conseguido entrar em contacto com ninguém, tentei perceber o que tinha acontecido à sua carteira de forma a encontrarmos o contacto da filha e percebi que estaria guardada no cofre de espólio das pessoas que entram diretamente na sala de reanimação. Procurei e encontrei os pertences devidamente identificados e procedemos os dois à procura do contacto da sua filha. Disponibilizei um telemóvel de serviço do SUP utilizado para as comunicações a pessoas significativas para que o Sr. V. conseguisse realizar a sua chamada para a filha e informá-la da sua situação atual. Ao permitir que o Sr. V. trabalhasse comigo para conseguirmos atenuar o seu sentimento de ansiedade que estava a sentir, consegui também que o mesmo assumisse um papel central no cuidado prestado, visto que a pessoa em situação crítica vivencia uma experiência que a impele a uma conjuntura transicional e o foco nesta experiência é vital para um cuidado holístico (Palesjö et al., 2015; Sousa, 2014). Após terminar a chamada com a sua filha, o Sr. V. referiu sentir-se mais tranquilo, pois sabia que a filha iria entrar em contacto com a esposa e comunicar o sucedido, referiu também que a filha se iria deslocar ao SUP de forma que o Sr. V. estivesse acompanhado durante o restante processo. Existe evidência que demonstra que as pessoas internadas em contexto de serviço de urgência fazem referência à falta de atenção dos profissionais de saúde no esclarecimento de dúvidas (Ponte et al., 2019) e, de modo a colmatar esta problemática, disponibilizei-me para atender as necessidades do Sr. V. de forma a responder às suas questões, reunindo a equipa multidisciplinar e, ao saber da vinda da sua filha ao SUP, questionei o Sr. V. se existiria a vontade de a ter presente para a comunicação do seu estado de saúde atual, os resultados dos meios complementares de diagnóstico e os próximos passos a seguir. O cuidado de Enfermagem especializado deve de ser centrado não só na pessoa, mas também na sua família, por isso dei a liberdade ao Sr. V. de integrar a sua filha no cuidado a ser prestado, de forma a diminuir ansiedade em ambos (Batista et al., 2017). Pelo Sr. V. referir querer saber informações do seu estado de saúde apenas na presença da sua filha, garanti que até à sua chegada, este se encontrava tranquilo e confortável, pedi inclusive que a filha disponibilizasse o número de telemóvel da esposa do Sr. V. de modo que este pudesse entrar em contacto direto com ela de forma a ficarem ambos mais tranquilos. Posteriormente à chegada da filha ao SUP, encaminhei-a para o setor onde o Sr. V. se encontrava e reunimo-nos com o médico de serviço para explicar a situação atual do Sr. V., o motivo e resultado dos exames realizados e a necessidade de internamento para observação. Durante este período mantive-me alerta e disponível para esclarecer dúvidas que pudessem surgir e questionei se o Sr. V. estaria preocupado com o seu tempo de internamento, face à sua esposa

que estaria em casa, necessitando de auxílio. Ao reunirmos em equipa e com o apoio da filha, foi possível discutimos as hipóteses de apoio à esposa do Sr. V. durante o tempo previsto de internamento, de forma a salvaguardar os cuidados a ambos, diminuindo o nível de preocupação do Sr. V. face à incerteza da sua situação clínica. No final do turno, o Sr. V. foi internado num serviço hospitalar e na sua transferência agradeceu pelo tempo disponibilizado e pela preocupação em me assegurar que conseguiria falar com a sua família. Ao refletir sobre esta experiência, examinei a minha intervenção especializada à pessoa e sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019a), ao reconhecer a importância da consideração do comportamento, sentimentos e pensamentos na prestação do cuidado. Ao deparar-me com o Sr. V. visivelmente inquieto e ansioso, preocupei-me em perceber o que o estava a afetar e de que forma poderia promover o seu conforto. Ao identificar os fatores que o deixavam ansioso, procurei perceber de que forma poderia entrar em contacto com a sua filha e esposa, de forma a minimizar a sua preocupação. Para tal, esforcei-me para identificar as questões emocionais não racionais do que o Sr. V. estava a experienciar, ao ouvir e honrar os seus sentimentos, honrando assim a sua história que, segundo Watson (2007) poderá ser o maior ato de cura que por vezes poderemos oferecer. Preocupei-me em perceber se o facto de ter o apoio da sua filha enquanto recebia informações sobre a sua situação clínica lhe traria ganhos, ao definir como prioridade proporcionar uma sensação de segurança e apoio, ao compreender e escutar atentamente as suas preocupações de forma a identificar as suas necessidades e reduzir a sua ansiedade (Almeida et al., 2015). Enfrentar a incerteza resulta de um continuum com início no *stress* e chegada à reorganização, da adaptação até à aceitação, esperança e otimismo (Hansen et al., 2012). Ao reunir com a equipa multidisciplinar com o Sr. V. e sua filha, conseguimos encontrar um equilíbrio de gestão de cuidado, de forma que o Sr. V. pudesse ficar devidamente internado e que não faltassem as devidas condições para a sua esposa conseguir realizar as suas atividades de vida diárias. Esta experiência foi bastante gratificante, pois permitiu-me fortalecer a capacidade de interligar o trabalho físico que carece de uma resposta imediata às necessidades da pessoa em situação crítica, com a ligação da componente humana do cuidar em Enfermagem.

Dou por fim a descrição de vivências que demonstram a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeira especialista nesta área. Acrescento que no decorrer do estágio no SUP não experienciei nenhuma situação de catástrofe, no entanto, relativamente à competência geral “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” e segundo as diferentes unidades que caracterizam esta competência,

cuidei da pessoa em situação crítica em situação de emergência. Igualmente, sempre que era admitida uma pessoa em situação crítica vítima ou com suspeita de prática criminosa, procedia aos protocolos instituídos para o efeito, de forma a preservar indícios de prática de crime. Apesar de não ter experienciado nenhuma situação de catástrofe, procedi ao estudo do plano de emergência externa e interna em vigor na instituição. Concluo adicionando que as presentes reflexões da minha prática clínica permitiram-me analisar de forma completa todas as intervenções e devido fundamento teórico que baseia a minha ação no cuidado à pessoa em situação crítica.

Durante o meu percurso no SUP e de acordo com o segundo objetivo definido “Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da prevenção do *delirium* na pessoa em situação crítica”, o grupo de investigação deu continuidade à síntese de evidência do fenómeno em estudo iniciado anteriormente. Já com método de pesquisa definido e seleção de artigos por revisores independentes concretizada, procedeu-se à extração de dados. Este processo pode ser observado no Apêndice I, onde é exposto o protocolo de estruturação de Scoping Reviews, segundo o método do The Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2020). No decorrer desta fase do processo de investigação, foi possível discutir com os profissionais do SUP relativamente à realidade vivida em serviço de urgência, por se tratar de um serviço de grande afluência e sem capacidade de resposta para alocar o elevado número de pessoas que são admitidas em condições de internamento dignas. Durante os turnos com a equipa, era aberto um espaço de discussão face ao nosso papel enquanto profissionais de saúde capazes de implementar medidas autónomas com resultados positivos na melhoria do conforto das pessoas internadas. No decorrer desse tempo e de forma a apostar na prevenção de *delirium* através de uma adequada promoção de sono em corredores constantemente iluminados, com ruído e movimentação constante, durante o período noturno procedemos, sempre que possível, à mobilização das pessoas mais debilitadas internadas que não tivessem vaga no setor de SO para locais com menos luz e ruído possível dentro do setor em que se encontravam. As luzes dos corredores que incidiam diretamente no campo de visão das pessoas deitadas em macas foram diminuídas (pela impossibilidade de serem totalmente desligadas), de forma a proporcionar conforto ocular, numa tentativa de simulação de ciclo circadiano. Procedemos também, com base no material disponível e criatividade, à disponibilização de máscaras oculares e protetores auriculares às pessoas, numa tentativa de promoção de um período de descanso adequado. A implementação destas medidas permitiu não só envolver profissionais que não se encontravam tão sensibilizados sobre a importância

deste fenómeno, mas também discutir formas de melhorar a dinâmica de trabalho nos diferentes setores no período noturno, de modo a diminuir a incidência de *delirium*.

2.2. Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

A seleção do segundo contexto de estágio surge no meu interesse pessoal pela área de cuidados intensivos, por se tratar da minha área de exercício profissional e por lidar diariamente com experiências por vezes peculiares, transições de saúde-doença críticas e processos de tomada de decisão complexos. O contexto escolhido foi a Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios (UCII), especializada na área de oncologia, constituindo-se como um desafio por ser uma valência por mim pouco desenvolvida e com características específicas relativamente à comunicação, estabelecimento de relação de ajuda e cuidado humanizado e individualizado. O principal objetivo para a escolha da UCII é o meu interesse em vivenciar realidades com as características acima descritas num ambiente diferente, com dinâmicas e métodos de trabalho diferentes.

Define-se medicina intensiva como a área multidisciplinar e diferenciada das ciências médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis na pessoa que apresenta falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas (Almeida et al., 2003). O presente contexto de estágio pertence a um centro direcionado para a área de oncologia com foco na área de investigação, diagnóstico, prevenção, tratamento e reabilitação. As patologias oncológicas representam em Portugal a segunda maior causa de mortalidade e a principal causa de morbilidade. A incidência destas patologias tem vindo a aumentar tanto pelo envelhecimento da população como por múltiplos determinantes modificáveis (Direção-Geral da Saúde, 2021).

À chegada ao contexto, priorizei a minha integração no serviço com o reconhecimento do espaço físico e organização estrutural, protocolos instituídos, métodos e dinâmicas de trabalho entre a equipa de Enfermagem e restante equipa multidisciplinar. A UCII recebe pessoas com patologia do foro hematológico e maioritariamente do foro médico-cirúrgico da área oncológica, em que a monitorização pós-operatória pode surgir em âmbito de cirurgia profilática, curativa ou paliativa. A estrutura física engloba gabinetes (gestão de Enfermagem, diretor clínico, secretariado, serviço administrativo), sala de reuniões e sala em estrutura de *open-space* pela facilidade de observação direta e monitorização da pessoa com dez unidades de cuidado, sendo que duas são quartos de isolamento com possibilidade de ventilação em pressão positiva ou negativa. Pela designação de UCII, trata-se de um

serviço com unidades de nível III designadas à pessoa com uma ou mais disfunções agudas de órgãos vitais potencialmente ameaçadoras de vida, com necessidade de suporte de duas ou mais funções orgânicas e com unidades de nível II designadas à pessoa que necessite de monitorização multiorgânica e de suporte de uma só função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva (Paiva et al., 2017). A equipa de Enfermagem é constituída por trinta e nove enfermeiros, distribuídos em cinco equipas de *roulement* e uma equipa de chefia fixa no turno da manhã, coordenadas pela Enfermeira Gestora e Enfermeira Coordenadora. A cultura organizacional do serviço promove a prestação de cuidado de excelência conciliada com a gestão de unidades para monitorização de pós-operatório e necessidade de cuidados acrescidos e maior vigilância. A metodologia de trabalho adotada é o método individual e inicia-se pela distribuição da equipa de Enfermagem pelo enfermeiro chefe de equipa no início de cada turno pelas diferentes unidades de cuidado e de acordo com a agenda de entrada programada de pessoas (Almeida Ventura-Silva et al., 2021). O rácio é de um enfermeiro para uma pessoa, sendo que cada enfermeiro é responsável pela totalidade de cuidados prestados à pessoa a si atribuída, indo ao encontro do preconizado no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A equipa de Enfermagem faz parte de uma equipa multidisciplinar e identifica a importância de o trabalho em equipa que, de acordo com Benner (2001), é crucial tanto para a prestação de cuidados eficazes como para a manutenção da moral da equipa de saúde. Este centra-se no trabalho em equipa e comunicação, permitindo uma melhor gestão e priorização de cuidados (Benner, 2001). Na UCII, o estilo de liderança adotado é transformacional, que conduz os enfermeiros liderados a altos níveis de motivação a partir de uma relação baseada na confiança, com valores impostos na criatividade e inovação. O líder em cada turno é atento às necessidades e preocupações dos restantes elementos e cria oportunidades de aprendizagem e crescimento profissional (Silva et al., 2014).

Benner (2001) afirma que a enfermeira proficiente aprende pela experiência. Pelo meu percurso profissional, considero que me encaixo neste estado definido por Benner ao integrar o presente estágio. A autora evidencia que a enfermeira proficiente aprende melhor por método indutivo ao, num caso clínico, deixar que utilize os seus meios de compreensão da situação (Benner, 2001). Como exposto anteriormente, uma das razões que me motivou a realizar este estágio na UCII é pelo facto de se tratar de um contexto rico no cuidado a pessoas com situações de saúde-doença complexas que não domino, mas com grande

interesse pessoal. Quando são introduzidas situações que ultrapassam os meios de compreensão e abordagem de uma enfermeira no estado proficiente, a mesma descobre um domínio virgem, onde a aprendizagem é necessária (Benner, 2001). Para tal, no decorrer deste estágio procurei fortalecer as competências adquiridas anteriormente, enfatizar as que considerava que careciam de mais evolução e dar continuidade ao objetivo que se foca no fenómeno em estudo aplicando os resultados obtidos no processo de investigação. Com base no acima descrito, os objetivos que orientaram o meu percurso foram os seguintes:

1. Desenvolver competências teóricas, técnicas e humanas para o cuidado à pessoa em situação crítica e respetivos familiares em UCII na área oncológica.
2. Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da prevenção de *delirium* na pessoa em situação crítica.

Ao iniciar este estágio e tal como no anterior, defini como prioridade dominar o espaço físico e dinâmica de trabalho, proporcionando um período de integração coeso e vantajoso para o meu desempenho. Procurei conhecer as principais necessidades de cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de cuidados intensivos e intermédios na área de oncologia. Estruturei como prioridades: o fortalecimento de estratégias de comunicação e a rentabilização de oportunidades de construção de relações de ajuda com a pessoa internada e sua respetiva família. Ao aprender a dinâmica de trabalho da equipa, integrei na rotina de verificação e substituição de material utilizado no quotidiano profissional, quer nas unidades de cuidado, quer no carro de emergência, bem como a montagem e testagem de equipamentos de substituição de órgão e de monitorização e desfibrilhação. Aprendi igualmente o circuito de material limpo, sujo e esterilizado, consoante o tipo de isolamento implementado à pessoa e as rotinas de higienização e limpeza de material e unidades na UCII. Por me ser uma área conhecida, senti-me mais confortável e considero que o meu ganho de autonomia na abordagem à pessoa em situação crítica neste contexto fluiu com mais facilidade, desde o início. No entanto, no decorrer do estágio considerei crucial para o meu desenvolvimento a troca de ideias e exercícios de raciocínio clínico praticados diariamente entre mim e a Enfermeira Orientadora, que considero bastante facilitadores nos processos de tomada de decisão por mim instituídos. De seguida exponho três descrições de vivências que permitem exhibir a aquisição de competências para o primeiro objetivo definido.

A primeira descrição de vivências centra-se na identificação, prevenção e gestão de focos de instabilidade na pessoa em situação crítica. Uma UCI é um serviço hospitalar heterogéneo onde se encontram disponíveis recursos humanos e materiais necessários para receber pessoas clinicamente complexas e instáveis em cuidados de saúde (Rhodes et al., 2012). O Sr. J., de 66 anos deu entrada na UCII a partir da articulação com a equipa médica intra-hospitalar após uma peri-paragem no serviço onde se encontrava internado. Este seria um internamento eletivo para a realização de biópsia de um nódulo já com alta programada quando foi presenciado um quadro de alteração de estado de consciência juntamente com uma bradicardia extrema. A abordagem e complexidade do cuidado prestado à pessoa em situação crítica é elevada, tanto pela gravidade do estado clínico como pela elevada quantidade de procedimentos, técnicas invasivas e fármacos, motivo pelo qual, previamente à chegada do Sr. J. ao serviço, confirmei com o chefe de equipa a unidade que o iria alojar, garantindo que todo o material necessário estaria devidamente repostado, dispositivos elétricos funcionais e reuni material potencialmente necessário para uma abordagem imediata à sua chegada, garantindo segurança e antecipando qualquer cuidado específico para este tipo de situação (Lima & Barbosa, 2015; Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). Após a sua chegada, foi-me transmitida toda a informação clínica pertinente da situação clínica segundo a metodologia ISBAR e procedi para a avaliação primária do Sr. J., segundo a metodologia ABCDE à qual identifiquei as seguintes alterações (American Heart Association, 2020): quadro de agitação psicomotora com tentativas de levantar do leito; respiração predominantemente abdominal, superficial, irregular, simétrica, com uso de musculatura acessória, sem presença de cianose visível, com 25-35cpm e saturações periféricas compreendidas entre os 90-93% com aporte de oxigénio por máscara de alta concentração a 15L/min; hipotenso com tensão arterial de 85/43mmHg, taquicárdico com frequência cardíaca entre 115-135bpm, traçado cardíaco rítmico com infradesnivelamento do segmento ST; hiperglicémico com níveis de glicose imensuráveis pelo dispositivo, cetonemia de 4,1mg/dL. Posteriormente à avaliação primária do Sr. J., iniciei o processo de estabilização e avaliação clínica. Ao prestar cuidado à pessoa em situação crítica, coloco em prática o processo de Enfermagem guiado pelo pensamento de Watson (2007), como um método criativo de resolução de problemas para auxiliar as minhas tomadas de decisões. Simultaneamente, considero que a investigação e atualização de conhecimento são fatores promotores de uma prática autónoma, reflexiva e baseada na evidência, facilitando o processo de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Reconheço que a resolução de problemas não é um processo linear, mas que envolve a

utilização de mim própria como um instrumento num modelo de prática da ciência do cuidado, em que todo o conhecimento que possuo é valorizado (Watson, 2007). Ao seguir este raciocínio, observei que a via aérea se mantinha permeável, mas por saturações entre 90-93% com respiração superficial, abdominal, polipneia e uso de musculatura acessória, substituí o aporte de oxigênio de máscara de alta concentração para ventilação não invasiva por alto fluxo, isto de forma a prevenir a exaustão respiratória, sinais de hipoxia e para promoção de saturações alvo iguais ou superiores a 94% (Monahan & Phipps, 2008). Por manutenção de quadro respiratório com as características acima descritas, com acessos de tosse produtiva pouco eficazes com saída de secreções rosadas e espumosas em reduzida quantidade, dispneia e inquietação no leito com sensação de mau estar, admiti um provável quadro de edema agudo do pulmão, confirmado posteriormente por meios complementares de diagnóstico e discutido em conjunto com a equipa médica. Ao identificar antecipadamente este foco, coloquei o Sr. J. em posição sentada com elevação da cabeceira a 90 graus e membros inferiores pendentes, de forma a reduzir retorno venoso (Sheehy, 2001). Adiantei a preparação de o diurético preconizado para diminuição de volume circulatório e consequente diminuição de sobrecarga, morfina para melhoria do quadro respiratório e noradrenalina por pressão arterial média (PAM) inferior a 65mmHg, garantindo uma adequada perfusão tecidual, que consiste na linha terapêutica indicada para este quadro clínico (Ridenti, 2012). Após a administração da medicação com indicação médica, reavaliei o Sr. J. e observei uma melhoria do quadro respiratório e consequentemente o quadro de agitação psicomotora. Do ponto de vista hemodinâmico, o Sr. J. apresentava-se hipotenso e taquicardico com traçado cardíaco rítmico com infradesnivelamento do segmento ST, ao que comuniquei à equipa médica e recolhi sangue para doseamento analítico de biomarcadores cardíacos e recomendei a realização de um ECG de 12 derivações (Henriques et al., 2006). Por suspeita de choque hipovolémico foi administrado solução isotónica cristalóide de forma a repor volume intravascular (Myburgh et al., 2012) e manteve a perfusão contínua de noradrenalina iniciada anteriormente para PAM igual ou superior a 65mmHg (Holcomb et al., 2015). Por glicémias imensuráveis desde a admissão, iniciei o protocolo de administração de insulina via endovenosa instituído na UCII e fui reavaliando tanto o valor de glicémia como o de cetonemia, ajustando a velocidade de administração de insulina em perfusão de forma a manter queda de valores de glicémia entre 50 a 75mg/dL por hora, com manutenção de valores entre 150 a 200mg/dL e vigilância de diminuição de cetonas abaixo de 0,6mmol/L (Barone et al., 2007; Santomauro et al., 2022). Posteriormente a esta admissão atribulada, o Sr. J. apresentou um novo quadro de edema agudo do pulmão, incapacidade de

mobilização e excreção de secreções e por agravamento do ponto de vista respiratório e metabólico a equipa decidiu avançar para ventilação mecânica invasiva, ao que procedi à preparação do material e drogas necessárias à indução para a técnica. Expliquei juntamente com a equipa médica o procedimento e após obtermos o seu consentimento, o Sr. J. foi entubado endotraquealmente com tubo endotraqueal número 8 e colocado a nível 24 da comissura labial e coloquei capnografia de onda para confirmação de correto posicionamento do tubo (Marcelino, 2008). Procedi ao ajuste de sedação e analgesia, cumprindo o objetivo terapêutico de tolerância ao tubo endotraqueal e ventilação mecânica invasiva (Tanaka et al., 2021). Regi-me pela escala de RASS (Richmond Agitation and Sedation Scale) para a avaliação de reatividade do Sr. J. para os objetivos definidos, sendo que neste caso seria a ausência de reatividade, ao que com ajuste de sedação obteve-se o valor de -5 (não despertável, não reativo à estimulação física) (Sessler et al., 2002). Todas as intervenções e procedimentos realizados foram ao encontro do preconizado no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, uma vez que salguei a segurança do Sr. J. ao cumprir as recomendações na preparação de terapêutica, realização de procedimentos que contemplam a necessidade de técnica asséptica, à própria abordagem à pessoa em situação crítica (Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017). Descrita esta vivência, considero ter demonstrado competências gerais e específicas de enfermeira especialista na abordagem à pessoa em situação crítica uma vez que identifiquei e procurei focos de instabilidade, preocupando-me em responder de forma antecipatória aos mesmos. No decorrer da vivência fui avaliando continuamente o meu processo de tomada de decisão e os resultados consequentes. O cuidado especializado exige observação, colheita e procura contínua e sistemática de informação, de forma a compreender a situação crítica de uma perspetiva holística, o que me permitiu detetar e prever precocemente o quadro de edema agudo do pulmão, com base na sintomatologia apresentada e assegurar a implementação de intervenções eficientes e atempadas (Camelo, 2012). Garanti a administração de protocolos terapêuticos complexos e um ambiente seguro ao adaptar o estilo de liderança à realidade vivida, de acordo com os recursos disponíveis e ao clima organizacional. Observo que a dinâmica da equipa multidisciplinar foi essencial no desfecho de atuação, proporcionando a minha prestação de um cuidado seguro e eficaz na deteção e prevenção de complicações. Sinto que esta articulação foi possível pelo meu empenho e experiência neste contexto, proporcionando que todo o trabalho fluísse de forma a respeitar os direitos humanos, de acordo com a minha responsabilidade profissional. O trabalho em equipa multidisciplinar

desempenha um papel fundamental na promoção de desfechos clínicos favoráveis e observo que o meu cuidado vai ao encontro de uma relação promotora de intervenções seguras, ao assentar em pilares de comunicação clara, sucinta e em ambiente fechado (Santos et al., 2021).

A próxima descrição de vivências diz respeito à pertinência da prevenção e intervenção no controlo de infeção e resistência a antimicrobianos à pessoa em situação crítica, mais precisamente na pneumonia associada à ventilação. O Sr. P. deu entrada na UCII após ter sido submetido a alotransplante de medula óssea e, mais tarde, adaptado a prótese ventilatória mecânica invasiva por insuficiência respiratória. Durante o processo de efetivação de alotransplante, o Sr. P. foi submetido a terapêutica imunossupressora, possuindo um risco de infeção elevado, uma vez que o corpo durante o processo de inativação imunológica, com o propósito de perdurar, fica exposto ao que está no seu exterior para salvar o que está no seu interior (Esposito & López, 2005). Como forma de organização, no início de cada turno antes de me dirigir à pessoa estruture e organize todas as intervenções programadas, de forma a personalizar o plano de cuidado para que seja o mais holístico e adequado às suas necessidades. Reconheço que apesar do progresso na gestão de complicações associadas à pessoa submetida a transplante, a infeção continua a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, por isso a necessidade de adequar o cuidado a ser prestado à situação clínica do Sr. P., a favor da prevenção de riscos que aumentem a mortalidade ou aumento de tempo de internamento é essencial (Couto et al., 2001). Identifico que a prestação de cuidado à pessoa submetida a isolamento carece do cumprimento de protocolos rigorosos definidos pelas instituições em função das suas estruturas e recursos disponíveis por isso, dirigi-me à unidade que alojava o Sr. P. para verificar a existência de equipamento de proteção individual necessário e adequado à sua abordagem e garanti que trazia todo o material necessário de forma a evitar o comprometimento do isolamento com entradas e saídas desnecessárias da sua unidade (Gammon et al., 2019). Por a situação clínica do Sr. P. requerer a administração de fármacos imunossupressores, detenho que estes possuem um potencial de predisposição de complicações infecciosas ou de aumento de risco de infeção e, consequentemente, impacto no seu sistema imunológico (Valdoleiros et al., 2021). Equipei-me de acordo com o preconizado por estar presente num isolamento protetor segundo a norma hospitalar instituída: dei uso a uma touca, máscara N95, bata impermeável, luvas e botas protetoras. O risco de infeção emerge de diversos fatores que reduzem a imunidade da pessoa submetida a transplante, com foco especial nesta descrição de vivência,

a presença de dispositivos médicos no trato respiratório, predispondo a pessoa a uma imunossupressão mais intensa e infecção em fases tardias por agentes oportunistas ou a reativações virais (Manceñido, 2011). Como descrito inicialmente, o Sr. P. encontrava-se adaptado a via aérea artificial (tudo endotraqueal), que carece de uma correta manutenção e manuseamento (Marcelino, 2008). Por a pneumonia associada ao ventilador representar uma das IACS (Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde) mais comuns em cuidados intensivos e provocar uma elevada incidência de infecções por bactérias multirresistentes, diretamente associadas a um pior prognóstico, reconheço que enquanto enfermeira possuo autonomia profissional na implementação de medidas não farmacológicas que previnem o risco da pneumonia associada a ventilação mecânica invasiva (Guillamet & Kollef, 2015). Com o objetivo de colocar em prática o conhecimento proveniente da mais atual evidência científica, estruturei o cuidado a ser prestado à via aérea, antecipando cuidados que reduziriam o risco de aspiração durante a realização posterior de intervenções mais específicas, de forma a diminuir o risco de uma infecção associada ao ventilador. À chegada ao leito, procurei promover um cuidado seguro ao avaliar da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal, que se deve encontrar entre valores de 20 a 30cmH₂O de modo a não originar necrose da traqueia ou fístula traqueoesofágica e priorizei esta intervenção às restantes, de forma a garantir uma segurança adequada no manuseio do tubo endotraqueal e a não aspiração de secreções da orofaringe para a árvore brônquica inferior por valores de pressão inferiores ao acima indicado (For The European HAP working group et al., 2009). Confirmei juntamente com a equipa multidisciplinar o nível do tubo endotraqueal à comissura labial, para uma adequada fixação do mesmo e com o mínimo de mobilizações possível, por ser uma ação facilitadora de proliferação de microrganismos da orofaringe (Santos et al., 2022). Segurança garantida, iniciei a otimização da ventilação ao verificar que no circuito ventilatório, mais precisamente o filtro bacteriano, se encontrava saturado por condensação e procedi à sua troca, visto que uma ineficiente manutenção dos dispositivos pode levar à transferência das secreções depositadas no circuito para dentro da árvore brônquica (Hinrichsen, 2018). Por o restante circuito ventilatório se encontrar íntegro, não efetuei a sua substituição, também por se encontrar no intervalo de sete dias desde o início da sua utilização até à sua substituição (Wakiuch et al., 2014). Posteriormente à manutenção do tubo endotraqueal e dispositivos complementares, reuni o material necessário para a higienização da cavidade oral. Utilizei como solução de desinfeção oral a octinidina, em alternativa a gluconato de clorohedixina a 0,2% por, atualmente, existirem estudos que questionam o possível desenvolvimento de resistência à respetiva solução, associado ao

aumento da sua utilização na prática diária, de acordo com o preconizado na Norma Clínica 021/2015 atualizada em 2022 pela Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2022a). Relativamente ao tipo de material a utilizar, optei por dar uso a uma escova de cerdas com sistema de sucção ao invés de um bastão de espuma, por ser o material mais adequado para a remoção da placa dentária e troquei igualmente o fio de nastro utilizado para a fixação do tubo (Xavier et al., 2023). Avaliei a necessidade de aspiração e secreções brônquicas, ao que o Sr. P. apresentava-se sem esforço respiratório, ruídos à auscultação, ou assincronia ou alterações de pressão e volume no ventilador, sem evidência de cianose, sudorese ou fácies de dor ou desconforto e com saturações periféricas entre 97-99%, constituindo-se como critério de aspiração saturações periféricas inferiores a 95%, pelo que decidi não proceder à aspiração uma vez que não deve de ser um procedimento de rotina, mas sim de acordo com a necessidade do Sr. P. (Busanello et al., 2021). De modo a assegurar uma nutrição adequada, o Sr. P. encontrava-se entubado com uma sonda nasogástrica e, por se constituir como um fator de risco de colonização da via aérea superior pela passagem de microrganismos para a via aérea inferior, assegurei o correto posicionamento da sonda e confirmei, com base no seu historial clínico, que existia a possibilidade de atingir o volume total de alimentação entérica prescrita, pelo que consegui progredir para o objetivo da prescrição com segurança com o fim de evitar regurgitação de conteúdo gástrico (Marcelino, 2008). No decorrer da abordagem à manutenção da via aérea artificial, otimizei o posicionamento do Sr. P. garantindo a elevação da cabeceira do leito a 30 graus, por não existir contraindicação, beneficiar as trocas gasosas, promover a diminuição do refluxo gastroesofágico e pela prevenção de colonização da orofaringe com a aspiração de conteúdo gástrico (Santos et al., 2022). Iniciei com a equipa médica uma discussão face à possibilidade de desmame de sedação do Sr. P., consoante tolerância para um possível desmame ventilatório, uma vez que um elevado tempo de ventilação mecânica invasiva está diretamente relacionado com um aumento de risco de pneumonia associada ao ventilador (Santos et al., 2022). Tal ainda não seria possível, pelo que continuei a otimizar circuito ventilatório, posicionamento e elevação corporal sempre que necessário, igualmente em conjunto com o cuidado à sonda nasogástrica, nutrição entérica e correta higienização da boca consoante o preconizado para um cuidado especializado na prevenção do risco de infeção associado a pessoas com prótese ventilatória invasiva. Em suma, por reconhecer que o aumento da taxa de resistência a antimicrobianos remete para a administração de terapêutica de largo espectro, pela elevada probabilidade de o microrganismo ser resistente aos antibióticos normalmente utilizados, gerando um elevado potencial de resistência e por reconhecer o papel negativo das IACS,

como agente agravador de prognóstico da patologia de base e consequentemente prolongar o tempo de internamento, custos e aumentar a mortalidade, exposta a descrição de vivência considero ter desenvolvido competências técnicas com foco na prevenção, intervenção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica (Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017).

A vivência que irei agora descrever representa um dos exercícios mais desafiantes que tive a oportunidade de dar continuidade na aquisição de competências área da pessoa em situação crítica: o cuidado à família e o estabelecimento de uma relação de ajuda. O Sr. P., de 83 anos, deu entrada na UCII por um diagnóstico médico de choque séptico de ponto de partida abdominal. Tinha como antecedente pessoal relevante uma intervenção cirúrgica inicial e quatro dias mais tarde retornou ao bloco operatório para a realização de uma laparotomia exploratória por uma peritonite fecal por deiscência de uma anastomose. A vigilância pós-operatória necessitava de cuidados de nível III, por necessidade de suporte vasopressor e ventilação mecânica invasiva, pelo que o Sr. P. foi transferido para a UCII. Passado 24 horas de permanência na UCII, tive o primeiro contacto com a esposa e filha do Sr. P., que já o tinham visitado após a sua chegada do bloco operatório no dia anterior. Na maioria das vezes, o tipo de relação de ajuda estabelecida é informal, visto que ocorre de forma espontânea e imprevista, sujeita à imprevisibilidade dos contextos (Simões et al., 2006). Neste caso, resultou de uma interação na qual eu, enfermeira, me disponibilizei para esclarecer o processo de transição do Sr. P., ao tentar compreender as preocupações da sua família de forma mais clara, com o objetivo de dar resposta a esta problemática (Coelho et al., 2020). Por saber a importância de a vulnerabilidade da família ser reconhecida, para que o cuidado que presto seja sempre o mais humanizado possível, dei uso às *guidelines* existentes e facilitadoras na abordagem à pessoa e família relativamente à partilha de más notícias (Mendes, 2015). Apliquei o protocolo SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy) como guia orientador, uma vez que qualquer informação que interfira de forma desfavorável na perceção individual sobre o presente e futuro e que modifique expectativas é considerada uma má notícia (Baile et al., 2000). Outro dos motivos pelo qual dei uso a este protocolo é por a transmissão intensa de informação complexa ser causadora de desconforto não só na família do Sr. P., mas também em mim por saber que vou induzir sofrimento acrescido (Buckman & Kason, 1992). Dando início ao protocolo SPIKES, com o objetivo de melhor acolher a família e por a ter em consideração no cuidado do meu exercício diário (Urden et al., 2009), comuniquei com os seguranças no átrio

principal onde é autorizada a entrada de visitas, para que notificassem a UCII da chegada das familiares à instituição, com o fim de garantir que ambas fossem recebidas por mim na sala de espera de visitas de forma a poder prepará-las para a abordagem ao Sr. P.. Apesar de já o terem visitado anteriormente, considero importante uma contextualização da situação clínica e gestão de expectativas face à sua apresentação física, visto que a admissão de uma pessoa em situação crítica numa UCI ser um evento inesperado, ao qual a gravidade da situação e estranheza do ambiente hospitalar evocam uma resposta de stresse (Mendes, 2015). Dando seguimento ao protocolo, a fundação de uma relação está inerente ao processo do cuidar, pois o restabelecimento do equilíbrio da pessoa em sofrimento assenta fundamentalmente em relações interpessoais significativas (Chalifour, 2007). A minha prática assentou no princípio de uma relação de ajuda como um meio poderoso de intervenção de Enfermagem (Simões & Rodrigues, 2010), apoiando-me num raciocínio consciente e deliberado para auxiliar a família do Sr. P. com esta transição, ao demonstrar a minha presença face à situação de sofrimento (Benner, 2001). Para tal, e por um dos pilares da relação de ajuda ser a comunicação, instrumento básico em Enfermagem utilizado para atender às necessidades da pessoa (Pontes et al., 2008), iniciei por me apresentar, por questionar, dando uso a questões abertas qual o nível de conhecimento do quadro clínico do Sr. P. e convidei a esposa e a filha para o diálogo, ao questionar a existência de dúvidas face à sua situação atual. Utilizo este método como forma de direção de pensamento para os focos de atenção na relação a estabelecer com a família de forma a transmitir a informação de forma clara e de encontro às suas preocupações (Phaneuf, 2005). Guio-me por Meleis (2010), quando afirma que as transições são desencadeadas por mudanças e acontecimentos críticos na pessoa/ família e no seu meio envolvente. Enquanto enfermeira, ao ter contacto direto com a família do Sr. P., que sofreu uma transição relacionada com a saúde e bem-estar, cabe-me a mim auxiliá-la a atingir objetivos saudáveis após este período de mudança experienciado (Costa, 2016). Seguindo este pensamento, no período em que estava reunida com a família e quando a acompanhei até à unidade do Sr. P., estive sempre presente, assumindo um papel de pilar entre a família e o Sr. P., garantindo um agir ético na minha prática de cuidado (Mendes, 2015). No decorrer desta interação comuniquei com a família adaptando a linguagem técnica a linguagem compreendida pela família e mantive-me presente e livre para conversar sempre que quisessem. Como resposta à minha disponibilidade, a esposa referiu sentir-se ansiosa face à situação clínica do Sr. P., mencionando que o estado geral do seu esposo e a forma como se apresentava, com todos os dispositivos médicos, monitores e técnica de substituição de órgão a deixava bastante

angustia e assustada por não conseguir compreender o que se passava ao seu redor, por toda a tecnologia e “maquinaria” segundo referiu. A filha, por sua vez, tentava acalmar a mãe, mesmo referindo não conseguir compreender na totalidade a situação clínica do seu pai. Passei por explicar que o Sr. P. carecia de um cuidado com grande monitorização e medidas invasivas para uma adequada vigilância de evolução positiva ou não do seu quadro clínico. O choque séptico é uma das maiores causas de admissão em UCI e é representado por um contínuo de gravidade que se estende de infeção com bacteriemia (neste caso) até sépsis e choque séptico com disfunção multiorgânica. Inicia-se pela presença de um quadro infeccioso com resposta inflamatória generalizada e descontrolada, provocando lesão orgânica (Bento et al., 2023). Expliquei a ambas a seriedade da situação, não ultrapassando o meu papel enquanto enfermeira, ao esclarecer que este diagnóstico foi resultado de uma complicação da primeira intervenção cirúrgica ao qual o Sr. P. foi submetido. Posteriormente a esposa mencionou que sentia receio de tocar no Sr. P. e consequentemente de causar algum dano, de falar por não saber se faria a diferença e de todos os monitores com alarmes constantes à volta da unidade. Enquanto falava, escutei, permanecendo em silêncio e sem interrupções (Mourão et al., 2009). Apercebi-me que apesar da filha do Sr. P. desempenhar um papel de transmissão de calma e apoio à sua mãe, ambas referiram receio de o Sr. P. estar a sofrer, de se sentir sozinho, com dor, medo e sem possibilidade de se expressar por se encontrar sedado e não reativo a estímulos externos. Esclareci que todos os dispositivos que alarmavam, todos os fios e medicação eram necessários para a sua estabilização e melhoria. Expliquei igualmente que o Sr. P. necessitava de estar sedado de forma a conseguir estar adaptado à prótese ventilatória e que não sentiria dor, porque tinha analgesia em perfusão e o nível de desconforto era avaliado de forma contínua, segundo a aplicação de um instrumento válido, atual e fidedigno, neste caso a escala Behavioral Pain Scale (Pinheiro & Marques, 2019). Clarifiquei que embora o Sr. P. não abrisse os olhos e não conseguisse responder, o diálogo e o toque mesmo que partissem apenas da parte da família, são componentes importantes para o Sr. P. e promotores de bem-estar psicológico a ambos, permitindo um cuidado humanizado (Zinn et al., 2003). No decorrer deste diálogo, tive sempre no pensamento a importância que o acolhimento à família da pessoa em situação crítica assume, por representar o início do estabelecimento de um vínculo de confiança que enfatiza a humanização do cuidado (Bento et al., 2023) e assegurei que a transmissão de informação que estava a transmitir seguisse um fio condutor, de forma a reduzir a ansiedade e angústia que ambas sentiam (Gesser et al., 2021). A comunicação traduz-se num processo de criação e recriação de informação, troca e de partilha. Por isso, neste diálogo, perguntava tanto à

filha como à esposa do Sr. P. se estariam a compreender cada informação dada, questionando recorrentemente se o que eu estava a transmitir era claro e se existia alguma dúvida, visto que as intenções, opiniões e emoções sentidas pelo outro têm de ser compreendidas no desenvolvimento de relações significativas e profundas (Phaneuf, 2005). Nesta interação foram expostas as necessidades intrínsecas à vivência que a esposa e filha do Sr. P. estavam a experienciar. A minha função, enquanto enfermeira especialista, passou por compreender a forma como a esposa e filha do Sr. P. interpretavam esta transição, de forma a ajudá-las a adaptarem-se a esta realidade (Coelho et al., 2020). Sei que uma relação de ajuda requer um planeamento, estrutura e objetivos bem definidos (Simões & Rodrigues, 2010) e que está envolvida não apenas a resposta da família e o que a mesma busca face às suas necessidades, mas igualmente a forma como eu no meu exercício de prática reflexiva compreendo que os resultados definidos à partida foram alcançados (Mendes, 2015). No término da visita, as familiares agradeceram a disponibilidade e abertura para o esclarecimento de dúvidas face ao quadro clínico do Sr. P. e referiram que, embora tenham conhecimento da seriedade da situação, a ansiedade provocada pela não compreensão da situação clínica foi atenuada a partir das explicações que forneci, permitindo dentro do possível aproveitar a visita. Aproveitei para resumir de forma breve toda a informação que dei e disponibilizei-me para esclarecer algum ponto pendente. Reforcei novamente que o Sr. P. continuaria a ser devidamente acompanhado e a sua situação clínica avaliada de forma a prestarmos o melhor cuidado possível, promovendo o seu conforto e dignidade. Nos dias posteriores a esta interação, fui conseguindo dar continuidade ao processo de criação de uma relação com a filha e esposa do Sr. P., trabalhando para possuírem mecanismos de *coping* saudáveis para esta transição (Meleis, 2010). Como referi anteriormente, ao iniciar este estágio priorizei a consolidação de estratégias de comunicação e a promoção de estabelecimento de uma relação de ajuda. Sei que, de acordo com Coelho et al. (2020), é necessário dominar competências de comunicação verbal e não verbal, como empatia, respeito e compreensão pelo outro e abster-me de juízos de valor, com capacidade de aceitação da família e o problema que a transtorna. A comunicação carece do uso de ferramentas que fui utilizando ao longo do diálogo, tais como a oferta de respostas às emoções sentidas, o respeito pelo silêncio, a gestão de expectativas face à situação clínica, tentando proporcionar esperança e permitir que a família se envolvesse no cuidado ao Sr. P. se assim o desejasse (Buckman, 2001). Dado o nível de complexidade existente numa UCI, considero que a componente humana e relacional tanto com a pessoa como com a família não deve de ser desvalorizada. É pressuposto um envolvimento crescente no sentido de um cuidado inclusivo, que preveja

a continuidade de acolhimento e integração dos membros da família (Bento et al., 2023). Ao colocar-me na posição da família do Sr. P., consegui reconhecer e até certo ponto, compartilhar as emoções e o estado da mente da esposa e filha, compreendendo o significado e importância da preocupação face a esta situação (Taylor, 1992). Ao dar continuidade ao desenvolvimento desta atitude, fui capaz de me afastar de mim mesma, colocando-me no quadro de referência da família e ver a forma como esta interpreta a situação clínica do Sr. P. (Lazure, 1994). Atento que a transmissão de informações e/ou más notícias é um grande desafio, dado que a capacidade de transmissão de esperança com criação de expectativas realistas a partir de um discurso empático é fundamental para a conceção de uma base de confiança entre mim e a família da pessoa em situação crítica, promovendo uma relação com alicerces na honestidade e transparência. Observo que o próprio ambiente em UCI, o processo de situação crítica e a ausência de capacidade de comunicação entre a pessoa e a família proporcionam sentimento de ansiedade e stresse. Durante o período de visita considero que adotei uma conduta serena e segura na minha abordagem a nível comunicacional e também no meu comportamento não verbal, uma vez que enquanto enfermeira especialista possuo a responsabilidade de garantir que o anseio do familiar é atenuado, se não de todo eliminado e para tal é necessário que demonstre ferramentas de comunicação adequadas, transmissão de tranquilidade, de transparência e de disponibilidade (Mendes, 2015). Exposta a vivência e no decorrer do meu percurso no presente contexto clínico considero que demonstrei o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeira especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área de pessoa em situação crítica pela capacidade de cuidar da pessoa e respetiva família a vivenciar processos complexos de doença crítica, com foco do cuidado à família e estabelecimento de relação de ajuda (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Demonstrei disponibilidade para clarificação de questões de forma a integrar a família no cuidado holístico prestado ao Sr. P. e reconheço que a minha capacidade de compreensão empática é fulcral para o entendimento da transição que a família experienciou, de forma que esta se sinta compreendida, respeitada e principalmente cuidada (Nunes, 1999). A capacidade de comunicação é fundamental e emerge de forma explícita ou subentendida à interação humana, pelo que abordei a família com sensibilidade, com a preocupação para a promoção de um ambiente tranquilo, com uso de linguagem simples e clara de forma a garantir que a informação transmitida era compreendida. Enquanto enfermeira já com conhecimento na abordagem à família neste tipo de contexto, reconheço que identifico este tipo de situações sob uma perspetiva global e não em partes isoladas, o que aperfeiçoa o meu processo de decisão, tornando-se cada vez menos

trabalhoso e mais orientado sobre o problema apresentado, neste caso a desmistificação de conceitos técnicos e abordagem adaptada às necessidades da família do Sr. P. (Benner, 2001). Tanto este como outros momentos vividos com a pessoa em situação crítica e sua família foram momentos de aprendizagem e mais do que uma simples receção de informação, pois envolveram uma relação de cuidado que defini como base para qualquer situação de ensino ou aprendizagem (Watson, 2007). Termino a descrição de vivências que demonstra a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeira especialista neste contexto clínico. Adiciono que, igualmente ao estágio anterior, não experienciei nenhuma situação de exceção e catástrofe, no entanto, cuidei da pessoa em situação crítica em situação emergente e procedi ao estudo do protocolo de plano de emergência interna em vigor instituído e a sua execução operacional. Observo novamente que as presentes descrições de vivências permitiram refletir a minha prática clínica e analisar a complexidade e fundamento por detrás de cada intervenção implementada à pessoa em situação crítica e sua família.

A formação e desenvolvimento profissional é um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua da qualidade do desempenho e cuidado prestado (Ordem dos Enfermeiros, 2017b). É uma base que deve de estar presente no quotidiano profissional e emerge com a educação permanente e por consequência a aproximação da teoria com a prática (Ferreira, 2015). Como tal, no decorrer do estágio facultei as VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva que decorreram nos dias 9 e 10 de novembro de 2023 com a temática “Ressuscitação – Objetivos para o Doente Crítico” (Anexo I). A minha participação no evento teve como objetivo principal promover a minha formação e colmatar lacunas existentes, de forma a melhorar o meu cuidado à pessoa em situação crítica e obter ganhos a nível profissional.

Relativamente ao segundo objetivo, “Contribuir para a qualidade do cuidado no âmbito da prevenção de *delirium* na pessoa em situação crítica”, nesta fase o grupo de investigadores deu continuação à síntese de evidência do fenómeno em estudo. Posteriormente à extração de dados realizada até ao estágio anterior, iniciámos a apresentação e caracterização dos resultados obtidos, seguida da síntese de conhecimento, já em formato de artigo científico com o título de “Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* na pessoa adulta e idosa em situação crítica: a *Scoping Review*”. Concomitantemente, procedemos à inscrição no “VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social” realizado no dia 24 de novembro de 2023 (Anexo II) com o objetivo de apresentar os

resultados obtidos no projeto de investigação sob formato de póster. Para tal, cumprimos os critérios de participação, ao preencher o Formulário de Submissão de Póster (Apêndice II), segundo o regulamento publicado e após aceitação pelo comité científico, procedemos à entrega do Póster com título “Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* na pessoa adulta/idosa em situação crítica” (Apêndice III). Nesta fase, por já conseguir responder à questão de partida, decidi desenvolver uma sessão de formação com o objetivo de divulgar os resultados obtidos à equipa de Enfermagem na UCII, promovendo a divulgação dos mesmos na prática clínica. Pela prevalência do fenómeno em estudo na pessoa em situação crítica e por todos os fatores de risco ambientais numa UCI, considerei importante a exposição das intervenções não farmacológicas promotoras de sono, uma vez que são intervenções autónomas de Enfermagem e de fácil aplicação no quotidiano profissional. Para a sessão de formação foi utilizado o método expositivo com recurso a apresentação informatizada com apoio da ferramenta PowerPoint da Microsoft, disponível no Apêndice IV e dinamizada de modo a ser um espaço de partilha de experiências e opiniões fundamentadas. A mesma foi autorizada pela Enfermeira Gestora e divulgada por mim, pela chefia e pela Enfermeira Orientadora durante os turnos e transição de cuidados. Elaborei um questionário de avaliação da sessão de formação (Apêndice V) e o respetivo feedback dos colegas está exposto no Apêndice VI. Os resultados da avaliação sugerem que a formação teve uma pontuação geral positiva, evidenciando-se a opinião do grupo para a pertinência de uma sessão de formação com esta temática neste contexto clínico. Apesar da divulgação da formação, esta apenas contou com a participação de 5 enfermeiros. Embora o número tenha sido reduzido, existiam elementos com um nível de experiência em UCI mais elevada que outros e isso permitiu gerar um espaço de discussão bastante rico, com diferentes perspetivas, com base nos diferentes níveis de diferenciação, passado profissional dos profissionais e conhecimento face ao fenómeno em estudo. Ao moderar esta discussão, achei pertinente abordar as medidas já aplicadas na UCII como potenciador de prática de ações que em equipa poderíamos melhorar e que tipo de intervenções futuramente aplicar. Chegou-se inclusive a abordar a existência de protocolos de sono implementados noutras UCIs que facilmente poderiam ser edificados e executados neste serviço. Adiciono que facultei a partilha de fontes de evidência importantes para a descrição do fenómeno em estudo para consulta diária e prática para a equipa em formato digital na pasta partilhada da UCII em formato digital.

Dou assim por terminado o capítulo de aquisição de competências gerais e específicas de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem, como ciência humana em constante evolução, exige rigor na prática clínica apoiada por formação qualificada que permite espelhar um exercício de cuidado de excelência. Após este percurso, ao decidir investir na minha formação profissional e especializar-me no cuidado à pessoa em situação crítica, reconheço que este é altamente diferenciado e carece de um planeamento estruturado e centrado nas necessidades da pessoa e sua família, com foco na prevenção de complicações e promoção de recuperação de estado de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De forma a expor o meu percurso e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeira especialista ao redigir o presente relatório, considero que concretizei os objetivos expostos no capítulo inicial, através da descrição detalhada do reconhecimento de problemáticas e capacidade de desenvolver soluções com recurso a uma análise crítica e reflexiva, integrando evidência científica recente e relevante para a prática clínica. Ao iniciar a UC num contexto hospitalar desconhecido e consequentemente desafiante (SUP), consegui adaptar-me aos métodos de trabalho e ao tipo de abordagem à pessoa em situação crítica consoante a sua situação clínica. Considero que os momentos de aprendizagem foram rentabilizados e que o desfecho seria mais proveitoso se a minha permanência no SUP fosse mais alargada. Contudo, pela experiência ser necessária para a perícia, mantenho a minha decisão na escolha de organização do meu percurso na UC como apropriada aos meus objetivos pessoais (Benner, 2001). A minha passagem pela UCII permitiu-me experienciar diferentes dinâmicas de trabalho num contexto igual ao meu contexto profissional, embora com características diferentes. Viver essas particularidades permitiram-me observar e participar no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família com um foco mais debruçado na comunicação e na importância do estabelecimento de uma relação de ajuda. Tanto no SUP como na UCII, tive presente que o desenvolvimento profissional em Enfermagem tem como alicerce as bases científicas face à evidência mais atual e a aquisição de novo conhecimento articulada com a

humanização do cuidado, inerentes ao desenvolvimento de competências para a prestação de um cuidado de excelência.

Observo que os referenciais teóricos de Jean Watson e Afaf Meleis guiaram o meu pensamento, servindo como fundamento para a prestação de um cuidado especializado e transpessoal, com foco no meu papel de facilitador no processo de transição vivido pela pessoa em situação crítica. Noto que neste percurso detive consciência de mim enquanto enfermeira, com a responsabilidade profissional inerente, e que demonstrei a aquisição de competências de enfermeira especialista, a partir da descrição e análise detalhada das experiências vividas em contexto de estágio, segundo o meu pensamento clínico e científico, com mobilização de diferentes fontes de informação de evidência fidedigna e atual, pertinente para o cuidado prestado com base na legislação atual, cruciais para fundamentar todos os processos de tomada de decisão.

Para além das competências de enfermeira especialista desenvolvidas, demonstrei a aquisição de competências de Mestre a partir do processo de investigação do fenómeno em estudo. O *delirium* é uma realidade subdiagnosticada, presente no contexto de pessoa em situação crítica e com consequências negativas no seu quadro de recuperação. O enfermeiro detém um papel importante na prevenção de *delirium* ao adotar estratégias com resultados benéficos, mais precisamente na identificação de fatores de risco modificáveis, intrínsecos e extrínsecos à pessoa. A promoção de sono é uma das áreas de intervenção na diminuição da prevalência de *delirium*, onde o enfermeiro é capaz de implementar intervenções autónomas de Enfermagem de forma a diminuir a sua incidência. Este fenómeno em estudo ainda carece de mais investigação, contudo foi possível preencher lacunas existentes e divulgar os resultados obtidos de forma integrada no cuidado em partilha com os profissionais e em modo formal a partir da sessão de formação realizada no último contexto de estágio e da divulgação com a comunidade académica na participação no evento científico referido anteriormente.

Este percurso permitiu-me fortalecer a minha capacidade de reflexão e de análise, com procura de novas experiências e oportunidades de aprendizagem, estimulando a pesquisa e estudo de forma autónoma de novos conhecimentos. Reconheço que esta caminhada é influenciada não apenas pelo meu empenho enquanto profissional, mas também como eu enquanto pessoa. A minha personalidade, forma de pensar e perspetiva face ao mundo influencia todo o processo de cuidar e relação que estabeleço com a pessoa em situação

crítica e sua família. As dificuldades sentidas, como a capacidade de adaptação e gestão de expectativas face ao meu desempenho por vezes atrasaram o meu caminho, mas por ter consciência destes obstáculos, propus-me a enfrentar este desafio de cabeça e coração abertos, de forma responsável e com o muito carinho que tenho à minha profissão.

Sinto-me realizada e com um sentimento de gratidão pela chegada ao final desta longa e trabalhosa etapa, que sem o apoio da Prof.^a Doutora Filipa Veludo, Enfermeiras Orientadoras e restantes profissionais, amigos próximos, pessoas de referência e família não teria sido possível. Todos os desafios colocados até este momento contribuíram para a minha formação e capacitação profissional. Para o futuro, levo a responsabilidade acrescida enquanto enfermeira especialista e honrarei as experiências e conhecimento adquirido neste percurso, dignificando esta ciência que me continua a ensinar o que é respeitar, o que é preservar e o que é cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2008). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico—Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Formasau.
- Almeida, E., Carneiro, A., Granja, C., Fidalgo, C., Coutinho, P., Martins, P., & Moreno, R. (2003). *Documento orientador da Formação em Medicina Intensiva—Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva*. Ordem dos Médicos.
<https://ebicm.esicm.org/assets/Upload/National-documents/Portugal/Documento-sub-especialidade-20030713.pdf>
- Almeida, O. S. C., Gama, E. R., & Bahiana, P. M. (2015). Humanização do parto—A atuação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(1).
<https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.456>
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., De Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- American Heart Association. (2020). *Advanced Cardiovascular Life Support*. American Heart Association.
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5.^a ed.). Climepsi Editores.
- Andrigue, K. C. K., Trindade, L. D. L., Amestoy, S. C., & Beck, C. L. C. (2016). Estilos de liderança situacional adotados pelos enfermeiros na área hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.40551>

- Audet, L.-A., Bourgault, P., & Rochefort, C. M. (2018). Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals—A systematic review of observational studies. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 128–146. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.007>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News—Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Barone, B., Rodacki, M., Cenci, M. C. P., Zajdenverg, L., Milech, A., & Oliveira, J. E. P. D. (2007). Cetoacidose diabética em adultos—Atualização de uma complicação antiga. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 51(9), 1434–1447. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302007000900005>
- Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., & Fernandes, A. (2017). Family presence during emergency situations—The opinion of nurses in the adult emergency department. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(13), 83–92. <https://doi.org/10.12707/RIV16085>
- Benner, P. (1994). From Novice to Expert. Em *A collection of readings related to competency-based training*. Deakin University.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito—Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bento, L., Germano, N., Cavaco, R., Cardoso, S., & Dias, S. (2023). *Objetivos para o Doente Crítico*. Ad Médic, Lda.
- Brandão, P., Macedo, P., & Ramos, F. (2017). Hemorrhagic shock and trauma: Brief review and recommendations for management of bleeding and coagulopathy. *Revista Médica de Minas Gerais*, 27. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20170041>

- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989–1004. [https://doi.org/10.1016/S0733-8619\(05\)70057-8](https://doi.org/10.1016/S0733-8619(05)70057-8)
- Buckman, R., & Kason, Y. (1992). *How to break bad news—A guide for health care professionals*. Johns Hopkins University Press.
- Busanello, J., Härter, J., Bittencourt, C., Cabral, T., & Silveira, N. (2021). Boas práticas para aspiração de vias aéreas de pacientes em terapia intensiva. *Journal of Nursing and Health*, 11(1). <https://doi.org/10.15210/jonah.v11i1.19127>
- Cacho, J., Santos, T., & Gon, R. (2013). Resposta da pressão arterial ao estresse agudo traumático em urgências ortopédicas. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 11(1), 17–20.
- Camelo, S. H. H. (2012). Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units—An integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 192–200. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>
- Chalifour, J. (2007). *A Intervenção Terapêutica—Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda: Vol. I*. Lusodidacta.
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem—Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>
- Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing at the Institute of Medicine & Institute of Medicine. (2011). *The Future of Nursing—Leading Change, Advancing Health* (p. 12956). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12956>

- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137–145.
<https://doi.org/10.33233/eb.v15i3>
- Couto, W. J., Branco, J. N. R., Almeida, D., Carvalho, A. C., Vick, R., Teles, C. A., Aguiar, L. F., & Buffolo, E. (2001). Transplante cardíaco e infecção. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 16(2). <https://doi.org/10.1590/S0102-76382001000200008>
- Cowan, D. T., Norman, I., & Coopamah, V. P. (2005). Competence in nursing practice—A controversial concept – a focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25(5), 355–362. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.03.002>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., Watson, P., Weinhouse, G., Nunnally, M., Rochweg, B., Balas, M., Van Den Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873.
<https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata* (002/2018). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital—Registo sistemático da intensidade da Dor* (Nº09/DGCG). Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado* (N.º07/DQS/DQCO). Direção-Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdcqco-de-31032010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (001/2017). Direção-Geral da 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. (2021). *Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro—2021 a 2030*. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação* (021/2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Via Verde do Trauma no Adulto* (012/2022). Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- Dutra, H. S., Mendes, S. E., Carneiro, S. M., Costa, F. M. D., Barboza, R. D. C. P., & Ribeiro, L. C. (2016). Registos de enfermagem em um hospital de ensino—Estudo quase-experimental. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(3), 351.
<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165470>
- Esposito, R., & López, L. (2005). *Immunitas protección y negación de la vida* (1 ed). Amorrortu Editores.

- Faria, R., & Moreno, R. (2013). Delirium in intensive care—An under-diagnosed reality. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137–147.
<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Faustino, T., Suzart, N., Rabelo, R., Santos, J., Batista, G., Freitas, Y., Saback, D., Sales, N., Brandao Barreto, B., & Gusmao-Flores, D. (2022). Effectiveness of combined non-pharmacological interventions in the prevention of delirium in critically ill patients—A randomized clinical trial. *Journal of critical care*, 68, 114–120.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.12.015>
- Fawaz, M. A., Hamdan-Mansour, A. M., & Tassi, A. (2018). Challenges facing nursing education in the advanced healthcare environment. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.10.005>
- Fernandes, S., Branco, M., & Rodrigues, P. (2019). The critically ill person submitted to non-invasive ventilation in an emergency department. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 22), 13–22. <https://doi.org/10.12707/RIV19027>
- Ferreira, R. G. (2015). A Educação Permanente na Formação Contínua dos Profissionais de Enfermagem. *Revista Sustinere*, 3(2), 128–143.
<https://doi.org/10.12957/sustinere.2015.18127>
- For The European HAP working group, Torres, A., Ewig, S., Lode, H., & Carlet, J. (2009). Defining, treating and preventing hospital acquired pneumonia: European perspective. *Intensive Care Medicine*, 35(1), 9–29. <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1336-9>
- Gammon, J., Hunt, J., & Musselwhite, C. (2019). The stigmatisation of source isolation—A literature review. *Journal of Research in Nursing*, 24(8), 677–693.
<https://doi.org/10.1177/1744987119845031>

- Garcia, T., Nóbrega, M., Galvão, M., & Cubas, M. (2021). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE): Versão 2019*. Artmed.
- George, J. B. (2000). *Teorias De Enfermagem—Os Fundamentos à Prática Profissional* (4.^a ed.). Artmed.
- Gesser, A. M., Dos Santos, M. S., & Gambetta, M. V. (2021). Spikes—Um protocolo para a comunicação de más notícias. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 103334–103345. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-111>
- Giglio-Jacquemot, A. (2005). *Urgências e emergências em saúde—Perspectivas de profissionais e usuários*. Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413784>
- Grupo Português de Triage. (2011). *O Sistema de Triage de Manchester e as Vias Verdes—Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho*. Grupo Português de Triage. <http://www.grupoportuguestriage.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triage-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Guillamet, C., & Kollef, M. (2015). Ventilator associated pneumonia in the ICU—Where has it gone? *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 21(3), 226–231. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000151>
- Hansen, B. S., Rørtveit, K., Leiknes, I., Morken, I., Testad, I., Joa, I., & Severinsson, E. (2012). Patient experiences of uncertainty - a synthesis to guide nursing practice and research—The phenomenon of uncertainty. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 266–277. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01369.x>
- Henriques, S., Lélis, M., Jesus, H., & Araújo, J. N. (2006). Biomarcadores cardíacos nas síndromes coronárias agudas. *Artigos de Revisão - Medicina Interna*, 13(2), 113–125.
- Hinrichsen, S. (2018). *Biossegurança e controle de infecções—Risco sanitário hospitalar*. Editora Guanabara Koogan Ltda.

- Holcomb, J. B., Tilley, B. C., Baraniuk, S., Fox, E. E., Wade, C. E., Podbielski, J. M., Del Junco, D. J., Brasel, K. J., Bulger, E. M., Callcut, R. A., Cohen, M. J., Cotton, B. A., Fabian, T. C., Inaba, K., Kerby, J. D., Muskat, P., O’Keeffe, T., Rizoli, S., Robinson, B. R. H., ... Van Belle, G. (2015). Transfusion of Plasma, Platelets, and Red Blood Cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 Ratio and Mortality in Patients With Severe Trauma—The PROPPR Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 313(5), 471.
<https://doi.org/10.1001/jama.2015.12>
- Horta, W. de A. (1968). Conceito de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2(2), 1–5. <https://doi.org/10.1590/0080-6234196800200200001>
- Im, E.-O., & Meleis, A. I. (Eds.). (2021). *Situation specific theories—Development, utilization, and evaluation in nursing*. Springer.
- Inouye, S., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1.^a ed.).
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Kérouac, S. (2009). *El pensamiento enfermero* (1.^a ed.). Masson.
- Lange, S., Mędrzycka-Dabrowska, W., Friganovic, A., Oomen, B., & Krupa, S. (2022). Non-Pharmacological Nursing Interventions to Prevent Delirium in ICU Patients—An Umbrella Review with Implications for Evidence-Based Practice. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5). <https://doi.org/10.3390/jpm12050760>
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda* (1.^a ed.). Lusodidacta.

- Lee, S. (2022). The Effect of the Sleep Promotion Interventions on Incidence of Delirium in Intensive Care Patients—An Integrative Literature Review. *Nursing Masters Papers*. <https://openriver.winona.edu/nursingmasters/403>
- Lima, C. S. P., & Barbosa, S. F. F. (2015). *Patient Safety in Critical Care Unit—Development of a Nursing Quality Indicator System*. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-564-7-251>
- Lôbo, R., Silva Filho, S., Lima, N., Ferrioli, E., & Moriguti, J. (2010). Delirium. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 43(3), 249–257. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v43i3p249-257>
- Locihová, H., Axmann, K., Padyšáková, H., & Fejfar, J. (2018). Effect of the use of earplugs and eye mask on the quality of sleep in intensive care patients—A systematic review. *Journal of sleep research*, 27(3), e12607. <https://doi.org/10.1111/jsr.12607>
- Manceñido, M. (2011). Principales Complicaciones Precoces. Em *I Curso de Enfermería en el Transplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH)* (pp. 83–92). Hospital Universitario Donostia. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Otras_Curso_Enfermeria_TPH.pdf
- Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto: Abordagem ao doente crítico*. Lusociência Edições Técnicas e Científicas.
- Mateus, A. M., Ferreira, B., Monforte, E., Ferreira, F., Alvarenga, M., Silva, M. de F., & Leite, M. J. (2008). *Dor—Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- Matos, A., Cardoso, R., Coisinha, S., Silveira, S., Lotra, V., & Fonseca, C. (2018). Medidas não farmacológicas na pessoa com dor—Resultados sensíveis da intervenção dos enfermeiros - Revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(3), 1198. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(3\).1198](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(3).1198)
- Matsuura, Y., Ohno, Y., Toyoshima, M., & Ueno, T. (2022). Effects of non-pharmacologic prevention on delirium in critically ill patients—A network meta-analysis. *Nursing in critical care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12780>
- McEwen, M., & Willis, E. (2009). *Bases Teóricas Para Enfermagem* (2º Edição). Artmed.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory—Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos—Desalojar o desassossego que vive em si*. Lusodidacta.
- Miller, C. A. (2015). Pseudoprogression—Patient experience and nursing in uncertainty. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 37(2), 35–41.
- Ministério da Saúde. (2002). Despacho Normativo nº 11/2002. *Diário da República*, 55, 1864–1866.
- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto de 2014*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Miranda, A. V. D. S., & Rampellotti, L. F. (2019). Incidência da queixa de dor torácica como sintoma de infarto agudo do miocárdio em uma unidade de pronto-atendimento. *Brazilian Journal Of Pain*, 2(1). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190009>
- Mishel, M. (1981). The Measurement of Uncertainty in Illness. *Nursing Research*, 30(5), 258–263. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00002>
- Monahan, F. D., & Phipps, W. J. (2008). *Phipps' medical-surgical nursing—Health and illness perspectives*. Recording for the Blind & Dyslexic.

- Mourão, C., Albuquerque, A., Silva, A., Oliveira, M., & Fernandes, A. (2009). Comunicação em enfermagem—Uma revisão bibliográfica. *Rev Rene*, 10(3), 139–145. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20090003000017>
- Myburgh, J. A., Finfer, S., Bellomo, R., Billot, L., Cass, A., Gattas, D., Glass, P., Lipman, J., Liu, B., McArthur, C., McGuinness, S., Rajbhandari, D., Taylor, C. B., & Webb, S. A. R. (2012). Hydroxyethyl Starch or Saline for Fluid Resuscitation in Intensive Care. *New England Journal of Medicine*, 367(20), 1901–1911. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1209759>
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2020). *PHTLS—Suporte de Vida em Trauma Pré-hospitalar* (9.^a ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Nunes de Oliveira, L. M., Pina Queirós, P. J., & Vicente Castro, F. (2016). A Competência Profissional Dos Enfermeiros—Um Estudo Em Hospitais Portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(2), 143. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- Nunes, O. (1999). Uma Abordagem sobre a Relação de Ajuda. *Pessoa como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 3. <https://appcpc.com/wp-content/uploads/2022/12/UMA-ABORDAGEM-SOBRE-A-relacao-de-ajuda1.pdf>
- Oliveira, C., Nobre, C., Marques, R., Mendes, M., & Sousa, P. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *The nurse's role in preventing delirium in critically ill adult/elderly patients*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro—Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro—Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2015/09/18100.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018—Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019—Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019—Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos—Recomendações 2023*. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf

- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referência—Medicina Intensiva*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Palesjö, C., Nordgren, L., & Asp, M. (2015). Being in a critical illness-recovery process—A phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3494–3502. <https://doi.org/10.1111/jocn.13002>
- Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P., & Laha, S. (2014). The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*, 69(6), 540–549. a9h.
- Petrún, A. (2021). Assessment of analgesia, sedation, delirium and sleep disturbance in the intensive therapy unit and description of non-pharmacological interventions. *Zdravniški Vestnik*, 90(5), 288–306. <https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.3055>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.
- Pinheiro, A. R. P. D. Q., & Marques, R. M. D. (2019). Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients—A systematic review of the literature. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>
- Pinho, J. A. (Ed.). (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos* (1.^a ed.). Lidel.
- Ponte, K. M. D. A., Bastos, F. E. S., Fontenele, M. G. M., Sousa, J. G. D., & Aragão, O. C. (2019). Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: Implications for the nursing profession / Necessidades de conforto de pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência: implicações para

- enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(4), 925–930.
<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930>
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem—Instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312–318. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, I Série—N.º157—16 de agosto de 2018. *Diário da República*, 157, 4147–4182.
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). *Programa de Prevenção de Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Rhodes, A., Moreno, R. P., Azoulay, E., Capuzzo, M., Chiche, J. D., Eddleston, J., Endacott, R., Ferdinande, P., Flaatten, H., Guidet, B., Kuhlen, R., León-Gil, C., Martin Delgado, M. C., Metnitz, P. G., Soares, M., Sprung, C. L., Timsit, J. F., & Valentin, A. (2012). Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients—A report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Intensive Care Medicine*, 38(4), 598–605. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2462-3>
- Ridenti, F. A. S. (2012). Edema pulmonar neurogênico—Uma revisão atualizada da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 24(1), 91–96.
<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000100014>
- Santomauro, A. T., Santomauro Junior, A. C., Raduan, R. A., & Bertoluci, M. (2022). Diagnóstico e Tratamento da Cetoacidose Diabética Euglicêmica. Em M. C. Bertoluci, A. C. E. Forti, B. D. A. Pititto, D. M. M. Vancea, F. E. K. Malerbi, F.

- Valente, J. R. D. Sá, J. C. D. Silva Junior, L. Zajdenverg, L. E. P. Calliari, M. Rodacki, R. M. Montenegro Junior, R. N. Lamounier, S. A. C. Vencio, S. K. P. D. Oliveira, S. C. R. Gonsales, & L. F. Damaceno, *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes* (2022.^a ed.). Conectando Pessoas.
<https://doi.org/10.29327/557753.2022-22>
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva—Guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência, 11*, 59–62.
- Santos, M., Santos, W., Santana, T., & Santana, V. (2022). Fatores de risco para pneumonia associada à ventilação mecânica: Revisão de escopo. *Research, Society and Development, 11*(5), e33111528126. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28126>
- Santos, S. M. J. D., Araújo, T. L. D., Cavalcante, T. F., & Galindo Neto, N. M. (2015). Acute pain in myocardial infarction—Analysis of concept. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 36*(3), 102–108. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.51203>
- Santos, T., Cunha Lima, M., Alves, V., Ribeiro, M., Alves, R., Souza, M., Correia, F., Oliveira, A. C., Sales, L., & Oliveira, H. (2021). Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. *Revista de Psicologia, 15*(55), 159–168.
<https://doi.org/10.14295/online.v15i55.3030>
- Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Stewart, D. (2020). *International Council of Nurses—Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020*. International Council of Nurses.
https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Schreiber, R., MacDonald, M., Pauly, B., Davidson, H., Crickmore, J., Moss, L., Pinelli, J., Regan, S., & Hammond, C. (2005). Singing in Different Keys—Enactment of

- Advanced Nursing Practice in British Columbia. *Nursing Leadership*, 18(2).
<https://doi.org/10.12927/cjnl.2005.19026>
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O’Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro, E. P., & Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation–Sedation Scale—Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344.
<https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência—Da teoria à prática* (4.^a ed.). Lusociência.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada—Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11–20.
- Silva, D. S., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Rocha, F. L. R., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 211–219.
<https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>
- Simões, J. F. F. L., Fonseca, M. J., & Belo, A. P. (2006). Relação de Ajuda—Horizontes de existência. *Revista Referência*, 3, 45–54.
- Simões, R., & Rodrigues, M. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Escola Anna Nery*, 14(3), 485–489.
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300008>
- Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos—Intervenções autónomas do enfermeiro. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing / Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22, 49–57. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0263>
- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa—Projeto de vivência e cuidado co-criado*. Universidade Católica Portuguesa.

- Souza, D. G. D., Brandão, V. P., Martins, M. D. N., Morais, J. A. V. D., & Jesus, N. O. D. (Eds.). (2021). *Teorias De Enfermagem – Relevância para a prática profissional na atualidade*. Inovar. <https://doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9>
- Tanaka, L. M. S., Serafim, R. B., & Salluh, J. I. F. (2021). What every intensivist should know about light sedation for mechanically ventilated patients. *Critical Care Science*, 33(4). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210069>
- Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness* (13.^a ed.). Artes Médicas.
- The Committee on Trauma. (2018). *Advanced Trauma Life Support—Student Course Manual* (Tenth edition). American College of Surgeons.
- Theodorou, D., Toutouzas, K., Drimousis, P., Larentzakis, A., Kleidi, E., Georgiou, G., Gymnopoulos, D., Kandylakis, S., Theodoraki, M. E., & Katsaragakis, S. (2009). Emergency room management of trauma patients in Greece—Preliminary report of a national study. *Resuscitation*, 80(3), 350–353. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2008.10.015>
- Thomas, H. (2021). *Protecting Sleep to Reduce Delirium in an Adult Intensive Care Unit* [Doctor of Nursing Practice, University of St. Augustine for Health Sciences]. <https://doi.org/10.46409/sr.BIGO3616>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (5.^a ed.). Lusociência.
- Tonna, J. E., Dalton, A., Presson, A. P., Zhang, C., Colantuoni, E., Lander, K., Howard, S., Beynon, J., & Kamdar, B. B. (2021). The Effect of a Quality Improvement Intervention on Sleep and Delirium in Critically Ill Patients in a Surgical ICU. *Chest*, 160(3), 899–908. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.03.030>

- Universidade Católica Portuguesa. (2017). *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional—Despacho NR/C/1072/2012*. Universidade Católica Portuguesa.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2009). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos—Diagnóstico e Intervenção* (5.^a ed.). Lusodidacta.
- Valdoleiros, S. R., Furtado, I., Silva, C., Correia Gonçalves, I., Santos Silva, A., Vasconcelos, O., Aboim Horta, A., Vasconcelos, A. L., Xará, S., Gonçalves, M. J., Araújo Abreu, M., & Sarmiento-Castro, R. (2021). Protocolo de Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas à Terapêutica Imunossupressora de Doenças Autoimunes. *Acta Médica Portuguesa*, 34(6), 469–483.
<https://doi.org/10.20344/amp.15625>
- Valente, M., Catarino, R., & Ribeiro, H. (2012). *Manual TAS - Emergências de Trauma* (1.^a ed.). INEM.
- Van de Pol, I., Van Iterson, M., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*, 41, 18–25. ccm.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.008>
- Van Rompaey, B., Elseviers, M., Van Drom, W., Fromont, V., & Jorens, P. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception—A randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, 16(3), R73.
<https://doi.org/10.1186/cc11330>
- Varejão, F., & Coelho, P. (2022). *Intervenções não farmacológicas na prevenção do Delirium em doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos*.
<https://doi.org/10.5281/ZENODO.6457686>

- Wakiuch, J., Fontes, M., & Papa, M. (2014). Higiene Oral em Pacientes sob Ventilação Mecânica—Revisão Integrativa. *Revista de enfermagem UFPE On Line*, 8, 2479–2486. <https://doi.org/10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201436>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem—Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences—Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 129–135. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>
- Wehbe, G., & Galvão, M. C. (2005). Aplicação da Liderança Situacional em enfermagem de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 33–38. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000100006>
- World Health Organization. (2016). *Working for health and growth—Investing in the health workforce*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/250047>
- Xavier, T., Melo, F., & Marques, M. D. C. (2023). Cuidados de higiene oral ao utente intubado orotraquealmente—Fatores influenciadores - Revisão sistemática da literatura. *Enfermería Global*, 22(2), 555–606. <https://doi.org/10.6018/eglobal.516121>
- Zinn, G. R., Silva, M. J. P. D., & Telles, S. C. R. (2003). Comunicar-se com o paciente sedado—Vivência de quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 326–332. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300010>

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo de Scoping Review

Protocolo de Scoping Review

Título

Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* na pessoa adulta e idosa em situação crítica: a *scoping review*

Introdução

O *delirium* é uma síndrome caracterizada por um início agudo, com sinais de disfunção cerebral aguda com alteração e flutuação do estado de consciência. Representa uma complicação frequente e um fator preditivo de mau prognóstico para pessoa em situação crítica, constituindo-se como um problema de saúde pública pelo impacto negativo que tem na qualidade de vida, carecendo de uma abordagem que diminua a sua prevalência em contexto de cuidados intensivos (Pinho, 2020).

Torna-se fundamental compreender quais os fatores de risco potencialmente modificáveis para que se proceda à intervenção em equipa multidisciplinar, de forma individualizada e, por sua vez, diminuir os focos de risco em número e/ou duração. A primeira intervenção na abordagem ao *delirium* é a prevenção. Instituir um protocolo de prevenção que tenha como finalidade a alteração de fatores predisponentes e precipitantes encontra-se descrito como uma estratégia eficaz e com diminuição da incidência de *delirium* (Pinho, 2020). O tratamento não farmacológico começa numa abordagem inicial e assenta na prevenção do princípio de fatores evitáveis responsáveis pelo desenvolvimento de *delirium* (Lôbo et al., 2010; Pinho, 2020).

A *Society of Critical Care Medicine* atualizou em 2018 as *guidelines* para a prática clínica relativa à prevenção e gestão da dor, agitação/sedação, *delirium*, imobilidade e perturbação do sono (PADIS). A alteração mais significativa em relação às diretrizes de 2013 foi a inclusão de mais dois tópicos, a gestão da imobilidade e a perturbação do sono (Devlin et al., 2018). Estas *guidelines* internacionais permitem ao enfermeiro ter uma abordagem autónoma a partir de intervenções não farmacológicas na sua prática diária para a prevenção de *delirium*.

Existem essencialmente três fatores precipitantes para o desenvolvimento de *delirium* em unidade de cuidados intensivos (UCI): a sedação, a imobilização e a privação do sono. A

diminuição da incidência da privação de sono constitui-se como parte da abordagem não farmacológica de prevenção de *delirium* (Pinho, 2020). De acordo com a PADIS, o sono foi reconhecido como fator de risco potencialmente modificável, tendo influência sobre a recuperação da pessoa em situação crítica, pelo que a implementação de intervenções que promovam o sono em UCI é imprescindível de forma a melhorar os resultados de saúde (Devlin et al., 2018).

As UCIs são serviços altamente diferenciados e especializados, possuem normas e dinâmicas de trabalho padronizadas, centradas na vigilância e monitorização ininterrupta, priorizando essencialmente aspetos físicos e técnicos na assistência à pessoa, em detrimento da humanização do cuidado (Pinho, 2020). A admissão numa UCI tende a ser um ambiente stressante e constitui-se como um fator perturbador do padrão de sono (Devlin et al., 2018). É assim considerado como altamente agressivo e estimulante devido à presença de ruídos e luminosidade intensa constante, pela necessidade de realização de procedimentos clínicos (quase permanente) e presença de alarmes óticos e sonoros, criando um meio envolvente desconfortável. Neste contexto, a pessoa internada em UCI apresenta sono insuficiente, tanto em quantidade como em qualidade, sono esse fragmentado com ciclos incompletos, com aumento do sono leve e diminuição do sono de ondas lentas e do sono REM (Devlin et al., 2018; Pinho, 2020). O *delirium* está associado a uma maior perturbação do ciclo circadiano do sono e ao aumento do sono diurno. A quantidade de sono REM (Rapid Eye Movement) é significativamente menor na presença de *delirium*, sugerindo que existe uma associação entre a variável de sono e de *delirium*, embora não esteja ainda bem estabelecida uma relação causa-efeito entre as mesmas (Devlin et al., 2018). Todavia, é evidenciado que as alterações do padrão de sono conduzem a disfunções fisiológicas e psicológicas, podendo aumentar a morbilidade e mortalidade, com repercussões nos processos de recuperação (Devlin et al., 2018; Pinho, 2020).

Segundo Pinho (2020), as perturbações de sono têm por base uma etiologia multifatorial constituída por fatores extrínsecos e intrínsecos. No âmbito dos fatores extrínsecos consideram-se os de etiologia ambiental (luminosidade, ruído, temperatura, ligações a dispositivos médicos e odores) e os de etiologia comportamental dos profissionais de saúde (intervenções, administração de medicação e conversas entre profissionais). Relativamente aos fatores intrínsecos, estão presentes os aspetos físicos (quadro clínico, dor, desconforto, ventilação e dispositivos invasivos e o uso regular de sedativos, ansiolíticos e/ou psicóticos) e psicológicos (medo, ansiedade, angústia) da pessoa. Dado o contexto, os profissionais de

saúde deverão também conhecer os hábitos e preferências de sono e repouso, otimizando o ambiente que os rodeia (Pinho, 2020).

Os principais motivos que conduziram o grupo à elaboração da presente revisão remetem para a prevalência de *delirium* na pessoa em situação crítica e pelas repercussões no seu estado clínico, estando associado um aumento significativo da mortalidade e morbilidade, sendo considerada uma realidade subdiagnosticada, com implicações prognósticas importantes (Faria & Moreno, 2013).

Com base no descrito, consideramos que enfermeiro poderá assumir um papel relevante na prevenção da prevalência de *delirium* no contexto em causa, como em questões de matéria promotoras de sono. O motivo impulsionador da seleção do fenómeno pautou-se exatamente pela sua pertinência e na necessidade de mapear o conhecimento existente na literatura.

Após uma pesquisa preliminar face ao “estado da arte”, descritores e sinónimos utilizados nas bases de dados CINAHL (via EBSCO Host), Medline (via PubMed e EBSCO Host), o grupo analisou posteriormente uma revisão da literatura de eficácia por ter uma questão de partida similar, ao qual apenas identificava dois resultados associados ao *delirium*. Na respetiva conclusão existia inconsistência dos resultados dos estudos, sendo necessária uma maior inclusão de resultados clínicos de forma a permitir uma maior qualidade de evidência entre a associação entre estes dois fenómenos (Hu et al., 2015). Observou-se igualmente o registo na plataforma OSF de um protocolo de elaboração de revisão de literatura com o mesmo fenómeno, sendo que não existe registo dos resultados, nem reconhecimento de intervenções não farmacológicas específicas, apenas colocado ênfase aos benefícios associados às intervenções de promoção de sono na prevenção de *delirium*.

Questão de Revisão

Face à problemática, propomo-nos a responder à seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* na pessoa adulta e idosa em situação crítica?”.

Critérios de Inclusão

Após formalizada a questão de investigação delineamos a seguinte mnemónica PCC (População/ Conceito ou fenómeno de interesse /Contexto) para definir os critérios de inclusão:

- População – Pessoa adulta e idosa em situação crítica;

- Fenómeno de interesse – Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium*;
- Contexto – Cuidados críticos.

Para responder a estes critérios de inclusão, considerámos: estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, revisões sistemáticas, literatura cinzenta, textos e artigos de opinião com autoria na área de saúde, disponibilizados em texto integral de forma gratuita. Durante a pesquisa decidimos não limitar as datas de publicação dos estudos devido ao facto de ser uma área ainda pouco abordada e de forma a englobar um maior número de documentação disponível. Incluíram-se estudos em português, castelhano ou inglês, uma vez que são os idiomas fluentes aos investigadores, e que abordam as intervenções não farmacológicas promotoras de sono associadas ao *delirium* na pessoa adulta e idosa (com idade superior a 18 anos), em situação crítica, em UCI.

Método

O fenómeno a estudar emerge da necessidade de mapear o conhecimento de forma a filtrar e estruturar a informação disponibilizada a partir de documentos de investigação primária e revisões de literatura. A elaboração de uma *Scoping Review* é o tipo de revisão mais adequada, visto que se constitui como método útil para o esclarecimento de fenómenos de investigação e para a formulação de questões de investigação futuras (Peters et al., 2015).

A presente *Scoping Review* foi edificada com base no método do Joanna Briggs Institute para *Scoping Reviews* e em conformidade com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension para Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Joanna Briggs Institute, 2020; Page et al., 2021).

• Estratégia de Pesquisa:

A estratégia de pesquisa tem como objetivo localizar estudos primários publicados e não publicados, revisões, textos e artigos de opinião com autoria na área de saúde. Após a pesquisa inicial referida no capítulo introdutório, foi estruturada a estratégia de pesquisa para identificar artigos sobre o tema com as seguintes palavras-chave “*Delirium*”, “*Sleep*”, “*Non Pharmacologic**”, “*Critical Care*”, partindo das bases de dados CINAHL (via EBSCO Host), Medline (via PubMed e EBSCO Host), Cochrane, Scopus, Web of Science, BASE, ProQuest e RCAAP (via B-On). As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e os termos de índice utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa. A estratégia de pesquisa, incluindo todas

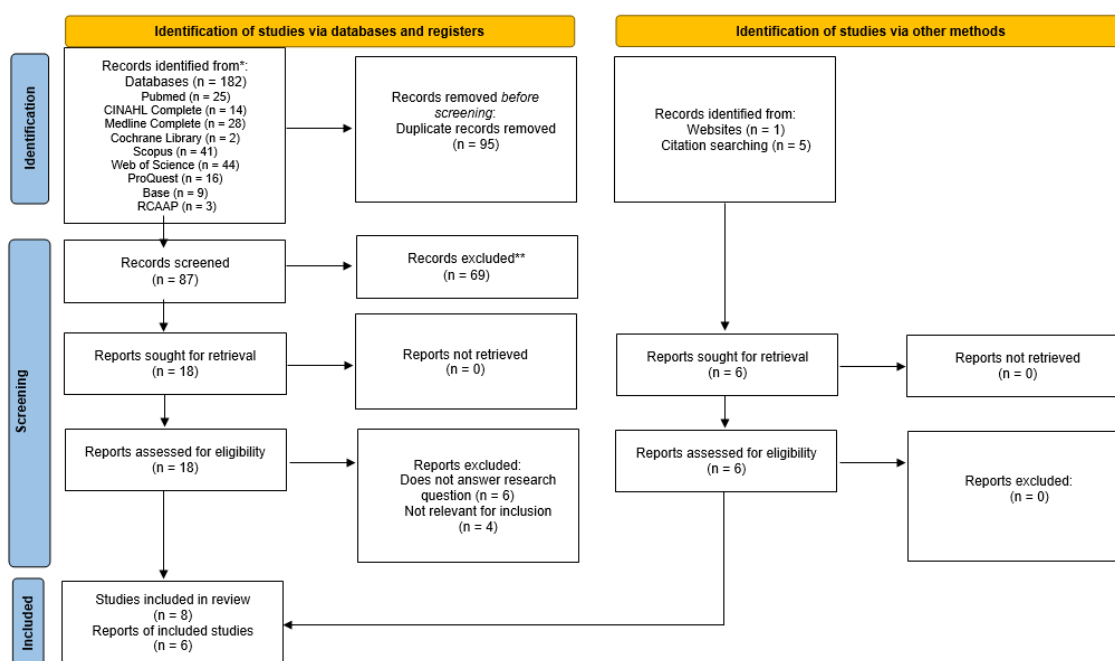
as palavras-chave e termos de índice identificados, foi adaptada para cada fonte de informação incluída e foi efetuada uma segunda pesquisa de 14 a 20 de julho de 2023.

Na pesquisa foram utilizados os respetivos operadores booleanos (AND, OR) e operador de truncamento (*), que pode ser visualizada no Anexo I da estratégia de pesquisa para cada base de dados. Os descritores usados e validados nos termos MesH e DeC's foram os seguintes: *Sleep, Delirium, Critical Care, Critical Illness*. Os termos livres/naturais foram os seguintes: *Sleep, delirium, non pharmacologic*, critical care, critical patient, critical* ill**. Os termos CINAHL utilizados foram os seguintes: *Sleep, Delirium, Critical care, Critical Illness* (ver Anexo 1 e Anexo 2). As listas de referências dos artigos selecionados para revisão de texto completo incluídos na revisão foram examinadas para rastrear outros artigos.

- **Seleção do estudo/ Fonte de dados:**

Após a pesquisa, todos os registos identificados foram compilados e carregados na plataforma *Rayyan* e *Zotero*, tendo-se removidos registos duplicados. Após um teste-piloto, os títulos e resumos foram selecionados por dois revisores independentes para serem avaliados de acordo com os critérios de inclusão da revisão. Os artigos potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra, os estudos de texto completo que não satisfaziam os critérios de inclusão foram excluídos e as razões para a sua exclusão são fornecidas na Figura 1 – Diagrama PRISMA. Quaisquer desacordos que surgiram entre os revisores foram resolvidos através de discussão.

Figura 1 – Diagrama PRISMA



- **Extração de Dados:**

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na *Scoping Review* por dois revisores independentes, os quais incluíam detalhes específicos sobre a pessoa adulta e idosa em situação crítica, face às intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* relevantes para a questão da revisão. Quaisquer divergências que surgissem entre os revisores foram resolvidas através de discussão ou com um terceiro revisor. Os autores dos artigos foram contactados para solicitar dados em falta ou adicionais, quando necessário.

Referências

- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., Van Den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Faria, R. da S. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium in intensive care—An under-diagnosed reality. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(2), 137–147.
<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- Hu, R.-F., Jiang, X.-Y., Chen, J., Zeng, Z., Chen, X. Y., Li, Y., Huining, X., & Evans, D. J. W. (2015). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD008808. mdc.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008808.pub2>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

- Lôbo, R. R., Silva Filho, S. R. B., Lima, N. K. C., Ferriolli, E., & Moriguti, J. C. (2010). Delirium. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 43(3), 249–257.
<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v43i3p249-257>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement—An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146.
<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Pinho, J. A. (Ed.). (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos* (1.^a ed.). Lidel.

Anexo I- Tabela Termos Livres/ MeSH/ CINAHL

	Livres/Naturais	MeSH	CINAHL
Conceito 1	sleep	Sleep	sleep
Conceito 2	<i>delirium</i>	<i>Delirium</i>	<i>Delirium</i>
Conceito 3	“non pharmacologic*”		
Conceito	“critical care” OR “critical patient*” OR “critical* ill*”	“Critical Care” OR “Critical Illness”	“Critical Care” OR “Critical Illness”

Anexo II - Tabelas de pesquisa em bases de dados

PubMed

Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	(sleep[Title/Abstract]) OR (sleep[MeSH Terms])	233 533
S2	(<i>delirium</i> [Title/Abstract]) OR (<i>delirium</i> [MeSH Terms])	22 781
S3	"non pharmacologic*" [Title/Abstract]	14 581
S4	((("critical care"[Title/Abstract] OR "critical patient*" [Title/Abstract] OR "critical* ill*" [Title/Abstract]) OR ("Critical Care"[MeSH Terms])) OR ("Critical Illness"[MeSH Terms]))	129 622
S5	(((((sleep[Title/Abstract]) OR (sleep[MeSH Terms]))) AND (((<i>delirium</i> [Title/Abstract]) OR (<i>delirium</i> [MeSH Terms])))) AND ("non pharmacologic*" [Title/Abstract])) AND (((("critical care"[Title/Abstract] OR "critical patient*" [Title/Abstract] OR "critical* ill*" [Title/Abstract]) OR ("Critical Care"[MeSH Terms])) OR ("Critical Illness"[MeSH Terms]))	25

Medline Complete EBSCO Host

Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	TI sleep OR AB sleep OR SU sleep	243 936
S2	TI <i>delirium</i> OR AB <i>delirium</i> OR SU <i>delirium</i>	23 945
S3	TI “non pharmacologic*” OR AB “non pharmacologic*” OR SU “non pharmacologic*”	14 607
S4	TI (“critical care” OR “critical patient*” OR “critical* ill*”) OR AB (“critical care” OR “critical patient*” OR “critical* ill*”) OR SU (“Critical Care” OR “Critical Illness”)	150 396
S5	((TI sleep) OR (AB sleep) OR (SU sleep)) AND ((TI <i>delirium</i>) OR (AB <i>delirium</i>) OR (SU <i>delirium</i>)) AND ((TI "non pharmacologic*") OR (AB "non pharmacologic*") OR (SU "non pharmacologic*")) AND ((TI ("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*")) OR (AB ("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*")) OR (SU ("Critical Care" OR "Critical Illness"))))	28

CINAHL Complete EBSCO Host

Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	TI sleep OR AB sleep OR SU sleep	87 923
S2	TI <i>delirium</i> OR AB <i>delirium</i> OR SU <i>delirium</i>	12 515
S3	TI “non pharmacologic*” OR AB “non pharmacologic*” OR SU “non pharmacologic*”	5 781
S4	TI (“critical care” OR “critical patient*” OR “critical* ill*”) OR AB (“critical care” OR “critical patient*” OR “critical* ill*”) OR SU (“Critical Care” OR “Critical Illness”)	88 986
S5	((TI sleep) OR (AB sleep) OR (SU sleep)) AND ((TI <i>delirium</i>) OR (AB <i>delirium</i>) OR (SU <i>delirium</i>)) AND ((TI "non pharmacologic*") OR (AB "non pharmacologic*") OR (SU "non pharmacologic*")) AND ((TI ("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*")) OR (AB ("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*")) OR (SU ("Critical Care" OR "Critical Illness"))))	14

	"critical patient*" OR "critical* ill*")) OR (SU ("Critical Care" OR "Critical Illness")))	
--	--	--

Scopus

Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	(TITLE-ABS-KEY (sleep) AND TITLE-ABS-KEY (<i>delirium</i>) AND TITLE-ABS-KEY ("non pharmacologic*") AND TITLE-ABS-KEY ("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*"))	41

Web of Science

Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	TS=(sleep) AND TS=(<i>delirium</i>) AND TS=(“non pharmacologic”) AND TS=(“critical care” OR “critical patient*” OR “critical* ill*”)	44

Cochrane Library

Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	(sleep):ti,ab,kw	48 940
S2	MeSH descriptor: [Sleep] explode all trees	9 474
S3	#1 OR #2	49 066
S4	(<i>delirium</i>):ti,ab,kw	5 275
S5	MeSH descriptor: [<i>Delirium</i>] explode all trees	1 412
S6	#4 OR #5	5 275
S7	(“non pharmacologic”):ti,ab,kw	710
S8	(“critical care” OR “critical patient*” OR “critical* ill*”):ti,ab,kw	5 093
S9	MeSH descriptor: [Critical Care] explode all trees	2 666
S10	MeSH descriptor: [Critical Illness] explode all trees	3 253
S11	#8 OR #9 OR #10	8 095

S12	#3 AND #6 AND #7 AND #11	2
-----	--------------------------	---

RCAAP via B-On

Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	TI sleep OR AB sleep OR SU sleep	1 249 232
S2	TI <i>delirium</i> OR AB <i>delirium</i> OR SU <i>delirium</i>	116 471
S3	TI “non pharmacologic*” OR AB “non pharmacologic*” OR SU “non pharmacologic*”	53 505
S4	TI (“critical care” OR “critical patient*” OR “critical* ill*”) OR AB (“critical care” OR “critical patient*” OR “critical* ill*”) OR SU (“critical care” OR “critical patient*” OR “critical* ill*”)	904 151
S5	((TI sleep) OR (AB sleep) OR (SU sleep)) AND ((TI <i>delirium</i>) OR (AB <i>delirium</i>) OR (SU <i>delirium</i>)) AND ((TI "non pharmacologic*") OR (AB "non pharmacologic*") OR (SU "non pharmacologic*")) AND ((TI ("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*")) OR (AB ("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*")) OR (SU ("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*")))	87
	Filtrar por: Fornecedor de conteúdo - RCAAP	3

BASE (Bielefeld Academic Search Engine)

Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	sleep AND <i>delirium</i> AND "non pharmacologic*" AND critical doctype:1*	9

ProQuest

Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	title(sleep) OR subject(sleep) OR abstract(sleep)	37 935
S2	title(<i>delirium</i>) OR subject(<i>delirium</i>) OR abstract(<i>delirium</i>)	3 878

S3	title("non pharmacologic*") OR subject("non pharmacologic*") OR abstract("non pharmacologic*")	3 093
S4	title("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*") OR subject("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*") OR abstract("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*")	21 705
S5	(title(sleep) OR subject(sleep) OR abstract(sleep)) AND (title(<i>delirium</i>) OR subject(<i>delirium</i>) OR abstract(<i>delirium</i>)) AND (title("non pharmacologic*") OR subject("non pharmacologic*") OR abstract("non pharmacologic*")) AND (title("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*") OR subject("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*") OR abstract("critical care" OR "critical patient*" OR "critical* ill*"))	16

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

24 de novembro 2023

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - Posters

Este formulário, após preenchido, e aceites as condições descritas no regulamento dos Posters deve ser enviado para saude.sede@ucp.pt em formato **WORD**.

Colocar no Assunto do email:

Submissão de Posters – VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Título do Poster: Intervenções não farmacológicas promotoras de sono que diminuem a possibilidade de *delirium* na pessoa adulta/idosa em situação crítica

Autoria(s): Catarina Barata¹; Marta Arsénio¹; Sérgio Deodato²; Filipa Veludo²;

Afiliação do(s) autor(es): ¹ Mestranda em Enfermagem na Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica pela Universidade Católica Portuguesa; ² PhD, Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Centro de Investigação Interdisciplina em Saúde (CIIS).

Outros dados pessoais:

Resumo (5000 caracteres):

Introdução: O *delirium* é uma síndrome caracterizada por um início agudo, com sinais de disfunção cerebral aguda com alteração e flutuação do estado de consciência. O tratamento não farmacológico começa numa abordagem inicial e assenta na prevenção do princípio de fatores evitáveis responsáveis pelo desenvolvimento de *delirium*. O sono é reconhecido como fator de risco potencialmente modificável, tendo influência sobre a recuperação do doente crítico, pelo que a implementação de intervenções que promovam o sono em unidade de cuidados intensivos (UCI) é imprescindível de forma a melhorar os resultados de saúde desejados (Devlin et al., 2018; Lôbo et al., 2010; Pinho, 2020).

Objetivos: Mapear intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* na pessoa em situação crítica.

Materiais e Métodos: Face à problemática em estudo e ao estado da arte, efetuou-se uma *Scoping review* (JBI Manual for Evidence Synthesis, 2020). Procurando responder à questão, “Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* na pessoa em situação crítica”, seguimos a mnemónica PCC (População: Pessoa adulta/ idosa em situação crítica; Conceito: Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium*; e Contexto: Cuidados críticos), utilizando como bases de dados CINAHL (via EBSCO Host), Medline (via PubMed e EBSCO Host), Cochrane, Scopus, Web of Science, BASE, ProQuest e RCAAP (via B-On), com utilização dos operadores booleanos (AND, OR) e operador de truncamento (*), nos quais foram abrangidos os seguintes termos livres/naturais: *Sleep, delirium, non pharmacologic*, critical care, critical patient, critical* ill*. Englobámos estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, revisões sistemáticas, literatura cinzenta, textos e artigos de opinião com autoria na área de saúde, disponibilizados em texto integral. Não foi definido friso temporal. Incluíram-se estudos em português, espanhol ou inglês.

Resultados: Após análise de 184 artigos por dois revisores independentes, incluíram-se 14 artigos. Identificaram-se 3 categorias: **Controlo ambiental:** O controlo da luminosidade é eficaz na promoção de bem-estar psicológico do doente, pelo que é descrito uma sensação de segurança, com resultado agradável e efeito positivo no humor. No período diurno recomenda-se: Acender as luzes em quartos pouco iluminados para promover a vigília; permitir a presença de luz natural e a sua manutenção no ambiente do doente (promove ritmo circadiano). No período noturno: diminuir a intensidade das luzes ou utilizar luz de cabeceira durante as horas típicas de sono; utilização de máscara ocular (Lange et al., 2022; Lee, 2022; Locihová et al., 2018; Matsuura et al., 2022; Oliveira et al., 2022; Patel et al., 2014; Petrun, 2021; Thomas, 2021; Tonna et al., 2021; Varejão & Coelho, 2022). Controlo do ruído: o doente mais fragilizado deve de ser colocado em ambiente com menos ruído, essencialmente no período noturno; ajuste de alarmes em modo noturno entre as 23 e as 7 horas; os profissionais de saúde e visitas devem reduzir o tom de voz perto do quarto do doente; reduzir o menor número de interrupções do padrão de sono por estímulos externos; utilização de tampões auriculares (Faustino et al., 2022; Lange et al., 2022; Lee, 2022; Locihová et al., 2018; Matsuura et al., 2022; Oliveira et al., 2022; Patel et al., 2014; Petrun, 2021; Sousa et al., 2019; Thomas, 2021; Van De Pol et al., 2017; Varejão & Coelho, 2022). **Planeamento do Cuidado:** promover no mínimo um período de 4 a 8 horas de sono noturno; orientar o doente em todas as vertentes (através de quadros brancos, relógio e calendário); discutir com o doente relativamente à hora desejada para dormir; utilização de aromaterapia; realização de massagens relaxantes (pés e

costas) ou outras técnicas de relaxamento como a musicoterapia; promoção de ciclos de vigília diurnos.

Gestão dos cuidados: cuidados/procedimentos agrupados sempre que possível (atividade e estimulação no período noturno deve de ser limitada); concluir os procedimentos de cuidados antes das 23 horas ou adiar a sua conclusão para depois das 8 horas; limitar o número de interrupções do sono; restrição de cuidados não urgentes entre as 00 e as 4 horas (Oliveira et al., 2022; Patel et al., 2014; Sousa et al., 2019; Tonna et al., 2021).

Conclusão: Identificaram-se intervenções não farmacológicas sistematizadas em 3 categorias – Controlo Ambiental, Planeamento de Cuidados e Gestão de Cuidados.

Palavras-chave: *Delirium*, Sono, Intervenções Não Farmacológicas, Doente Crítico

Referências Bibliográficas:

- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., Van Den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Ely, E. W., Truman, B., Granja, C., & Lopes, A. (2022). *The Confusion Assesment Method por the ICU (CAM-ICU)—Training Manual*. https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41ab2f487b4e0eb99b26b_CAM_ICU_training_Portugese.pdf
- Faustino, T. N., Suzart, N. A., Rabelo, R. N. D. S., Santos, J. L., Batista, G. S., Freitas, Y. S. de, Saback, D. A., Sales, N. M. M. D., Brandao Barreto, B., & Gusmao-Flores, D. (2022). Effectiveness of combined non-pharmacological interventions in the prevention of delirium in critically ill patients: A randomized clinical trial. *Journal of critical care*, 68, 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.12.015>
- JBIM Manual for Evidence Synthesis*. (2020). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

- Lange, S., Mędrzycka-Dabrowska, W., Friganovic, A., Oomen, B., & Krupa, S. (2022). Non-Pharmacological Nursing Interventions to Prevent Delirium in ICU Patients—An Umbrella Review with Implications for Evidence-Based Practice. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5). <https://doi.org/10.3390/jpm12050760>
- Lee, S. (2022). The Effect of the Sleep Promotion Interventions on Incidence of Delirium in Intensive Care Patients—An Integrative Literature Review. *Nursing Masters Papers*. <https://openriver.winona.edu/nursingmasters/403>
- Lôbo, R. R., Silva Filho, S. R. B., Lima, N. K. C., Ferriolli, E., & Moriguti, J. C. (2010). Delirium. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 43(3), 249–257. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v43i3p249-257>
- Locihová, H., Axmann, K., Padyšáková, H., & Fejfar, J. (2018). Effect of the use of earplugs and eye mask on the quality of sleep in intensive care patients: A systematic review. *Journal of sleep research*, 27(3), e12607. <https://doi.org/10.1111/jsr.12607>
- Matsuura, Y., Ohno, Y., Toyoshima, M., & Ueno, T. (2022). Effects of non-pharmacologic prevention on delirium in critically ill patients: A network meta-analysis. *Nursing in critical care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12780>
- Oliveira, C., Nobre, C. F. G. M., Marques, R. M. D., Mendes, M. M. M. L., & Sousa, P. C. P. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *The nurse's role in preventing delirium in critically ill adult/elderly patients*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1983>
- Patel, J., Baldwin, J., Bunting, P., & Laha, S. (2014). The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*, 69(6), 540–549. a9h.
- Petrún, A. M. (2021). Assessment of analgesia, sedation, delirium and sleep disturbance in the intensive therapy unit and description of non-pharmacological interventions. *Zdravniski Vestnik*, 90(5), 288–306. <https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.3055>
- Pinho, J. A. (Ed.). (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos* (1. edição). Lidel.

- Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos—Intervenções autónomas do enfermeiro. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing / Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22, 49–57. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0263>
- Thomas, H. (2021). *Protecting Sleep to Reduce Delirium in an Adult Intensive Care Unit* [Doctor of Nursing Practice, University of St. Augustine for Health Sciences]. <https://doi.org/10.46409/sr.BIGO3616>
- Tonna, J. E., Dalton, A., Presson, A. P., Zhang, C., Colantuoni, E., Lander, K., Howard, S., Beynon, J., & Kamdar, B. B. (2021). The Effect of a Quality Improvement Intervention on Sleep and Delirium in Critically Ill Patients in a Surgical ICU. *Chest*, 160(3), 899–908. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.03.030>
- Van De Pol, I., Van Iterson, M., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An interrupted time series analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.008>
- Varejão, F. R., & Coelho, P. (2022). *Intervenções não farmacológicas na prevenção do Delirium em doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.6457686>

Apêndice III – Póster apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem



CATOLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTUGAL

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social
24 de novembro 2023 | 09H30-17H00

Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* na pessoa adulta/idosa em situação crítica

Catarina Barata¹; Marta Arsénio¹; Sérgio Deodato²; Filipa Veludo²;

¹ Mestranda em Enfermagem na Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica pela Universidade Católica Portuguesa;

² PhD, Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Centro de Investigação Interdisciplina em Saúde

Introdução

O *delirium* é uma complicação frequente e um fator preditivo de mau prognóstico para o doente crítico. O tratamento não farmacológico assenta na prevenção de fatores evitáveis responsáveis pelo desenvolvimento de *delirium*. O sono é reconhecido como fator de risco potencialmente modificável, tendo influência sobre a recuperação do doente crítico, pelo que a implementação de intervenções que promovam o sono em unidade de cuidados intensivos é imprescindível de forma a melhorar os resultados de saúde.

Objetivo

Mapear intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* na pessoa adulta/idosa em situação crítica.

Resultados

1 Controlo Ambiental

Controlo da Luminosidade

Período Diurno:

- Acender as luzes em quartos pouco iluminados para promover a vigília;
- Permitir a presença de luz natural e a sua manutenção no ambiente do doente (promove ritmo circadiano).

Período Noturno:

- Diminuir a intensidade das luzes ou utilizar luz de cabeceira durante as horas típicas de sono;
- Utilizar máscara ocular.

Controlo do Ruído

- Gerir o ambiente de forma a colocar os doentes mais fragilizados num ambiente com menos ruído, essencialmente no período noturno;
- Ajustar os alarmes em modo noturno entre as 23-7h;
- Reduzir o tom de voz perto do quarto do doente (pelos profissionais de saúde e pelas visitas);
- Reduzir o menor número de interrupções do padrão de sono por estímulos externos;
- Utilizar tampões auriculares.

2 Planeamento dos cuidados

- Promover no mínimo um período de 4-8h de sono noturno;
- Orientar o doente em todas as vertentes (através de quadros brancos, relógio e calendário);
- Discutir com o doente relativamente à hora desejada para dormir;
- Utilizar aromaterapia;
- Realizar massagens relaxantes (pés e costas);
- Utilizar outras técnicas de relaxamento como a musicoterapia;
- Promover ciclos de vigília diurnos.

3 Gestão dos cuidados

- Agrupar cuidados (atividade e estimulação no período noturno deve de ser limitada);
- Concluir os procedimentos de cuidados antes das 23h ou adiar a sua conclusão para depois das 8h;
- Limitar o número de interrupções do sono;
- Restringir cuidados não urgentes entre as 0-4h.

Metodologia

Scoping Review

QUESTÃO DE PESQUISA

Quais as intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* na pessoa adulta/idosa em situação crítica?

BASE DE DADOS

CTNAHL, Medline, Cochrane, Scopus, Web of Science, BASE, ProQuest e RCAAP

TIPOS DE ESTUDO

Quantitativos, qualitativos ou mistos, revisões sistemáticas, literatura cinzenta, textos e artigos de opinião. Sem limite temporal. Estudos em português, espanhol ou inglês

TOTAL DE 182 ARTIGOS ENCONTRADOS

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Exclusão de: 95 artigos duplicados; 69 artigos após leitura do título e resumo; 10 artigos que não cumprem os critérios de inclusão.

Incluídos ainda 6 artigos disponíveis por via de outros métodos

TOTAL DE 14 ARTIGOS INCLuíDOS

Conclusão

Identificaram-se intervenções não farmacológicas sistematizadas em 3 categorias – Controlo Ambiental, Planeamento de Cuidados e Gestão de Cuidados. A evidência defende a implementação do conjunto de intervenções descritas como padrão na construção do plano de cuidados.

Referências



Apêndice IV – Sessão de formação apresentada na UCII

Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *Delirium*

Realizado por Marta Arsénio Nº192022007

Delirium

- Início agudo, com sinais de disfunção cerebral aguda com alteração e flutuação do estado de consciência.
- Fator preditivo de mau prognóstico para o doente crítico.

Tipos de *Delirium*:

- **Hipoativo** – lentificação, apatia, sonolência excessiva;
- **Hiperativo** – hipervigilância, inquietação, agitação, sintomas psicóticos;
- **Misto** – características de ambos os subtipos anteriores.

Critérios de diagnóstico de *Delirium*:

- A** - Distúrbio da atenção e do nível de consciência;
- B** - Desenvolvimento do distúrbio num curto espaço de tempo.
- C** - Distúrbio cognitivo ou da percepção adicional.
- D** - Os distúrbios nos critérios A e C não são melhor explicados por outro distúrbio neurocognitivo pré-existente (estabelecido ou em evolução), nem ocorrem em contexto de severa redução do estado de consciência.
- E** - Existe evidência (história clínica, exame físico ou laboratorial) que o distúrbio é consequência fisiológica direta de outra condição clínica, intoxicação/abstinência, exposição a toxina ou de etiologia múltipla.

(Lóbo et al, 2010; Inouye et al, 2014; Saraiva, 2014; American Psychiatric Association, 2023)

Fatores de Risco

- Idade superior a 70 anos;
- Compromisso visual e/ou auditivo;
- Nutrição inadequada;
- Hipoxemia;
- Alterações Metabólicas;
- Sépsis;
- Historial clínico: depressão, demência, insuficiência cardíaca, AVC, epilepsia, doença renal e hepática;
- Uso de psicofármacos;
- Consumo de álcool/ drogas;
- Tabagismo.

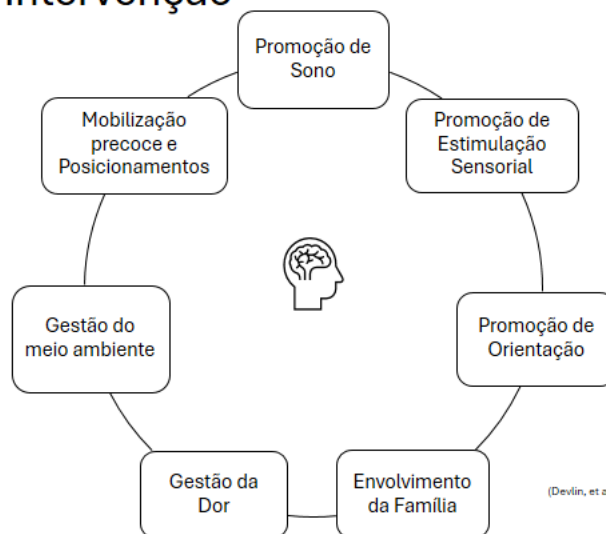
Ambiente em UCI

- Ventilação mecânica invasiva/ não invasiva;
- Dispositivos médicos;
- Ruído;
- Luz;
- Alteração do ciclo circadiano;
- Imobilidade.

(Pinho, 2010; Faria & Moreno, 2013)

3

Áreas de Intervenção

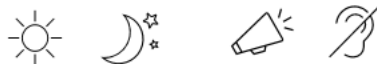


(Devlin, et al, 2018; Faria & Moreno, 2013)

4

Áreas de Atuação

Controlo Ambiental



Planeamento do Cuidado



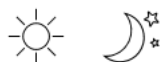
Gestão do Cuidado



5

Controlo Ambiental

Controlo de Luminosidade



Período Diurno:

- Permitir a presença de luz natural (promove o ciclo circadiano);
- Acender a luz em quartos pouco iluminados (promove a vigília).

Período Noturno:

- Diminuir a intensidade das luzes;
- Utilizar luz de presença quando necessário;
- Utilização de máscara ocular.

Controlo de Ruído



- Ajuste de alarmes no período noturno (23h e 7h);
- Redução do tom de voz perto da unidade da pessoa;
- Pessoa mais vulnerável deverá de ser alocada num ambiente com menos ruído possível;
- Utilização de tampões auriculares.

(Faustino et al., 2022; Lange et al., 2022; Lee, 2022; Locihová et al., 2018; Matsuura et al., 2022; Oliveira et al., 2022; Patel et al., 2014; Petrun, 2021; Sousa et al., 2019; Thomas, 2021; Tonna et al., 2021; Van De Pol et al., 2017; Varejão & Coelho, 2022)

6

Planeamento do Cuidado



- Orientar a pessoa em todas as vertentes;
- Promover um período mínimo de 4 a 8 horas de sono noturno;
- Promoção de ciclos de vigília diurnos;
- Combinar com a pessoa quanto à hora desejada para dormir;
- Utilização de aromaterapia/ musicoterapia/ massagem relaxante.

Gestão do Cuidado



- Limitação de estímulos e atividade no período noturno;
- Agrupar cuidados/ procedimentos sempre que possível;
- Limitação do número de interrupções de sono;
- Conclusão de cuidados antes das 23h ou adiamento para depois das 8h;
- Restrição de cuidados não urgentes entre as 00h e as 4h.

(Oliveira et al., 2022; Patel et al., 2014; Sousa et al., 2019; Tonna et al., 2021)

7

Intervenções não farmacológicas

A prevenção é a primeira linha para minimizar (ou anular) o impacto negativo de *delirium* na pessoa em situação crítica.



Intervenções de fácil implementação e associadas a um baixo custo.



A utilização de medidas não farmacológicas de abordagem multicomponente revelam-se eficazes na prevenção de *delirium*.

(Faria & Moreno, 2013)

8

Referências Bibliográficas



Obrigada!



9

Apêndice V – Questionário de avaliação da sessão de formação

Sessão de Formação – Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção de *delirium* na pessoa em situação crítica

Muito obrigada pela participação na sessão de formação!

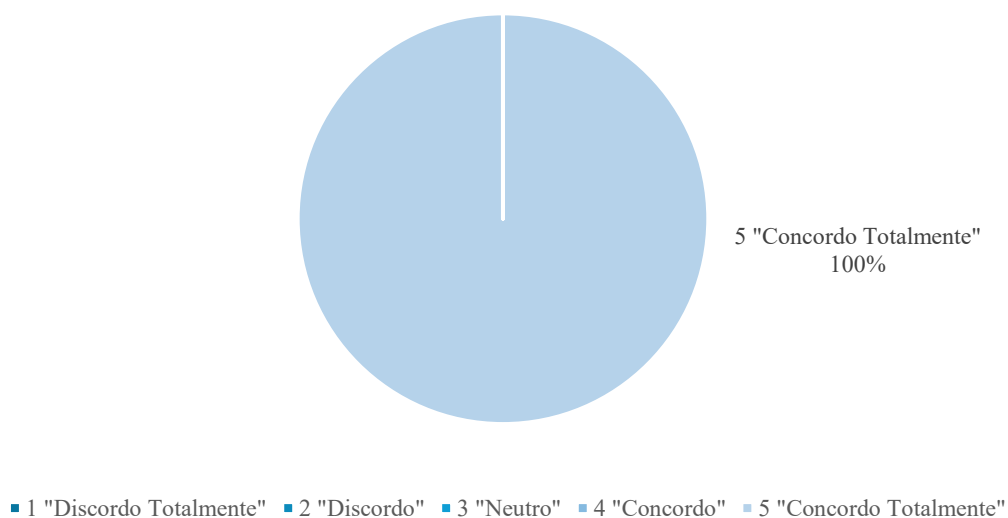
Por a sua opinião ser importante, peço que preencha o presente questionário de apreciação da sessão de formação numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído o valor 1 a "Discordo Totalmente", 2 a "Discordo", 3 a "Neutro", 4 a "Concordo" e ao valor 5 "Concordo Totalmente", indique o parâmetro que melhor se adequa à sua opinião.

Grata pela atenção.

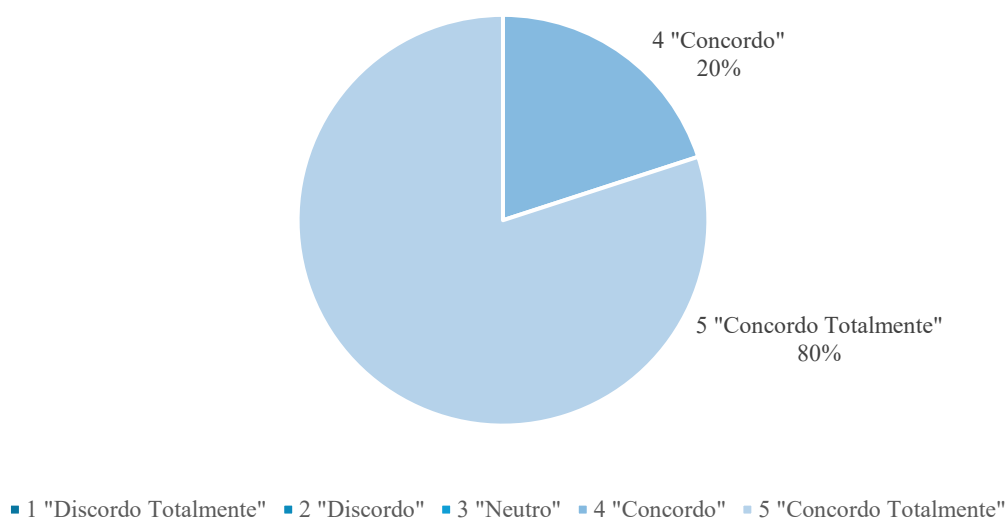
	1	2	3	4	5
1. Os objetivos da sessão de formação foram explícitos?					
2. O conteúdo exposto foi de encontro aos objetivos?					
3. A metodologia utilizada foi adequada?					
4. A formadora dominou a abordagem da temática com clareza?					
5. Considera que a temática abordada é pertinente?					
6. Existe utilidade nos conteúdos mencionados para a sua prática clínica diária?					
7. A sessão de formação permitiu obter ou atualizar conhecimento para a sua prática clínica?					
8. A duração da sessão de formação foi adequada?					
9. As condições físicas e meios visuais foram adequados?					

Apêndice VI – Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação

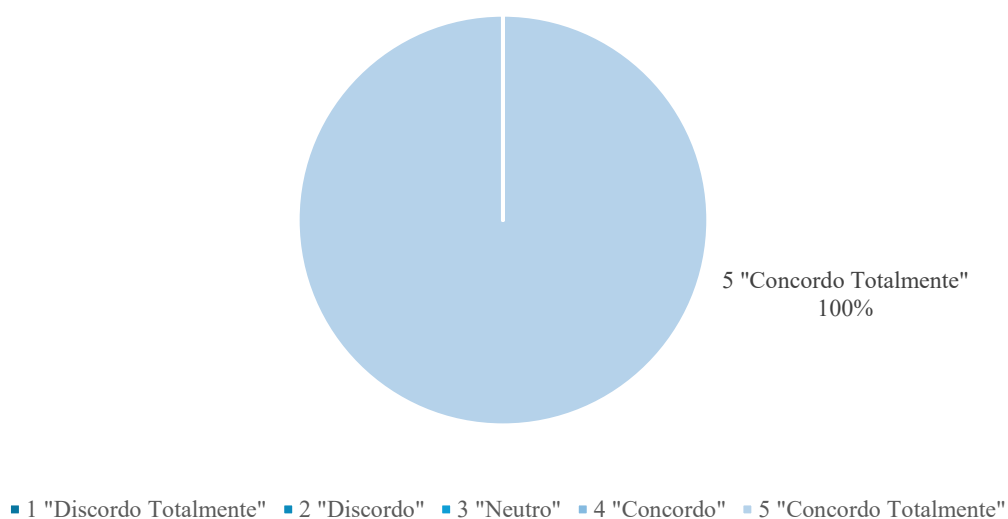
1. Os objetivos da sessão de formação foram explícitos?



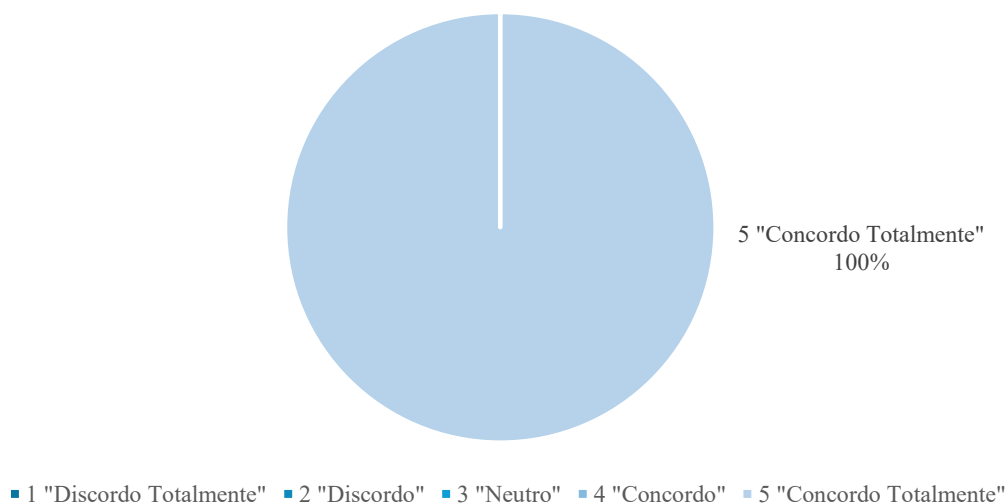
2. O conteúdo exposto foi de encontro aos objetivos?



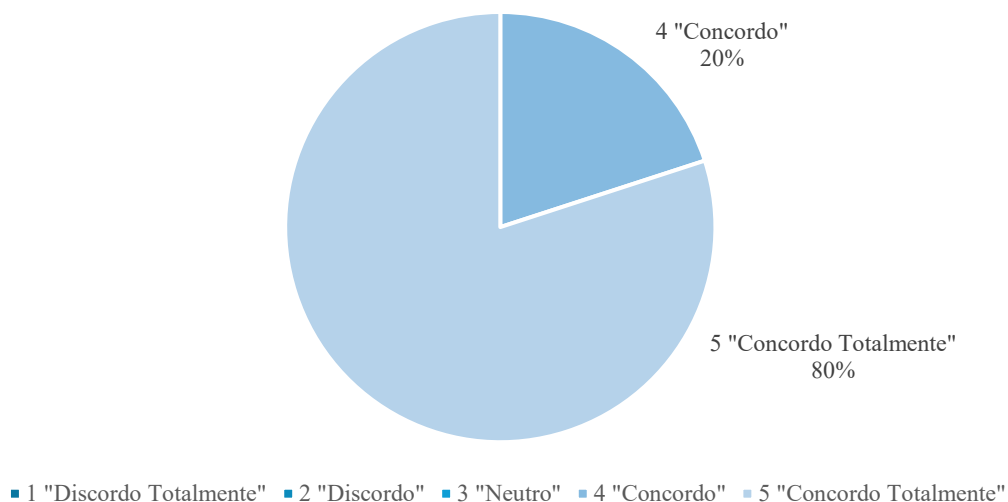
3. A metodologia utilizada foi adequada?



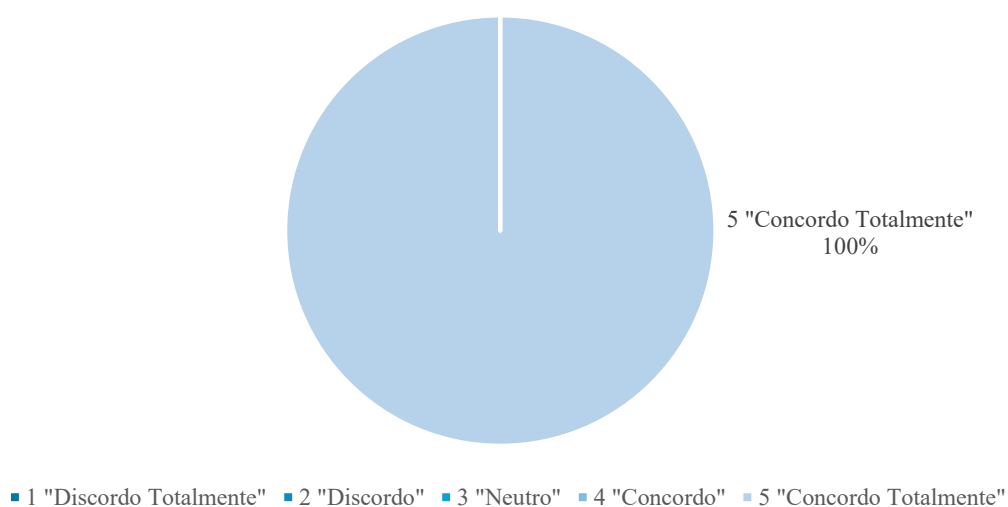
4. A formadora dominou a abordagem da temática com clareza?



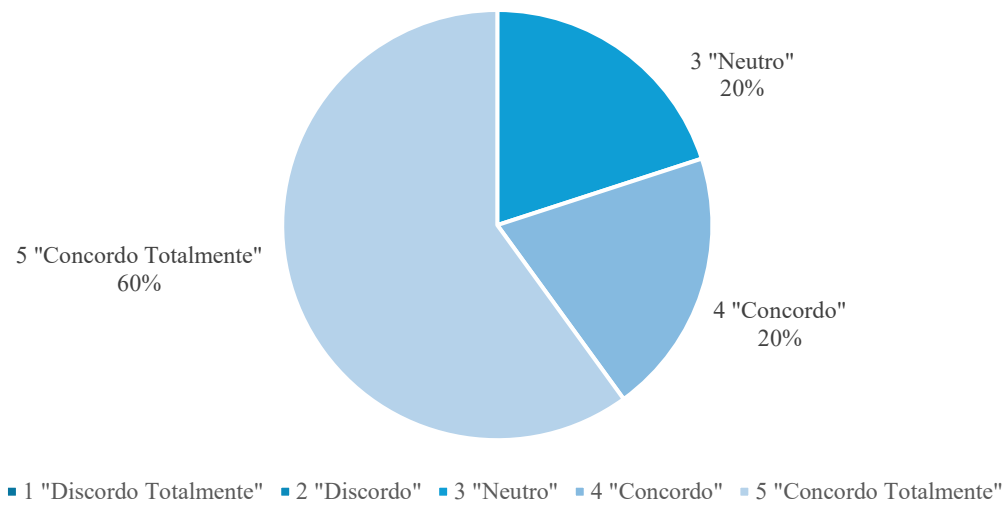
5. Considera que a temática abordada é pertinente?



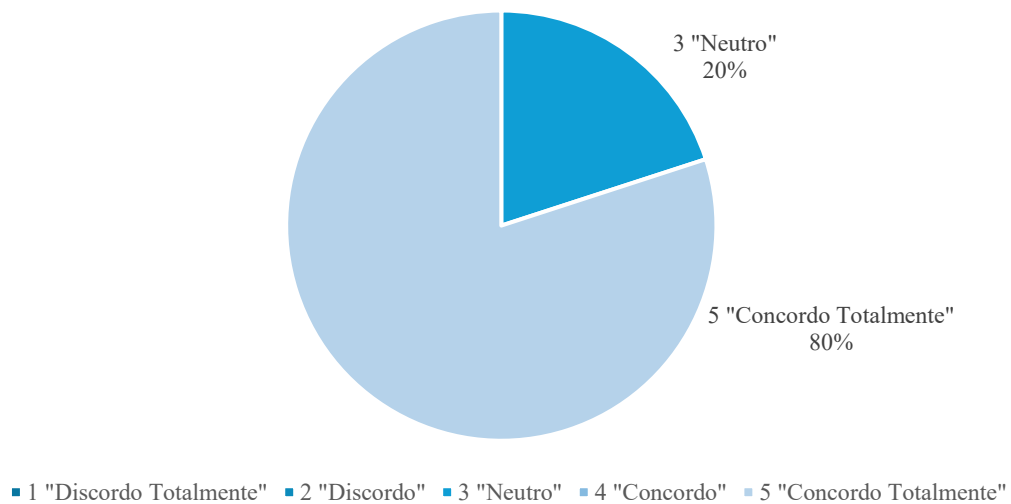
6. Existe utilidade nos conteúdos mencionados para a sua prática clínica diária?



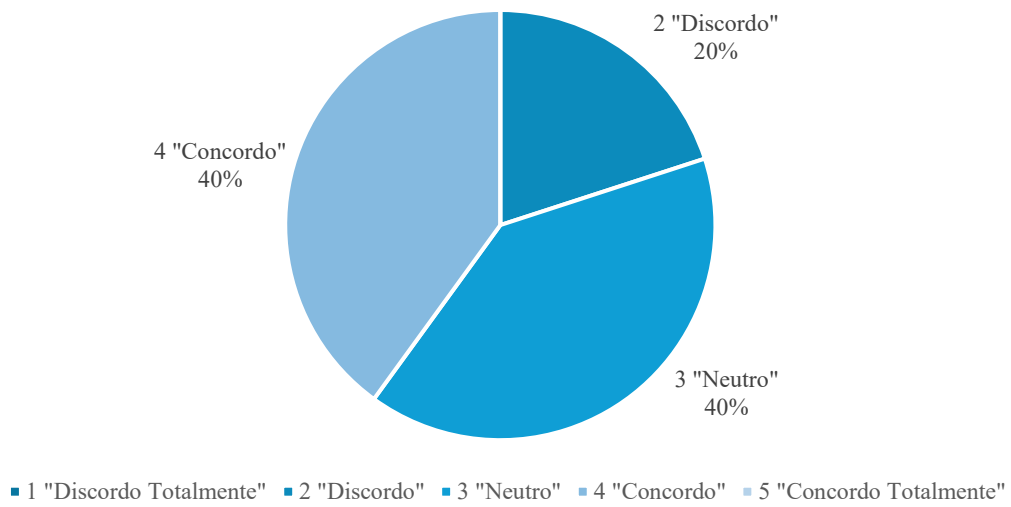
7. A sessão de formação permitiu obter ou atualizar conhecimento para a sua prática clínica?



8. A duração da sessão de formação foi adequada?



9. As condições físicas e meios visuais foram adequados?



ANEXOS

Anexo I – Participação VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva



CERTIFICADO

Certificamos que,

Marta Garrett Arsénio

esteve presente nas **VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram a 09 e 10 de novembro de 2023, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 10 de novembro de 2023

Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Anexo II – Participação VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

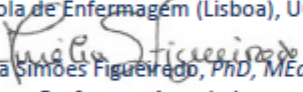


VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que, em coautoria, Catarina Barata, Marta Arsénio, Filipa Veludo e Sérgio Deodato apresentaram o Póster n.º 10 com o tema “Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do delírium na pessoa adulta/idosa em situação crítica”, no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, realizado no dia 24 de novembro de 2023, Auditório 2, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

