

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

Relatório de Estágio

Tema de investigação:

**PROMOÇÃO DE SONO NA PREVENÇÃO DO *DELIRIUM* NA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA: UM OLHAR ESPECIALIZADO**

PROMOTING SLEEP IN THE PREVENTION OF *DELIRIUM* IN THE CRITICALLY
ILL PERSON: A SPECIALIZED APPROACH

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

Por Catarina Sofia Cardim Barata

Lisboa, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

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

Relatório de Estágio

Tema de investigação:

**PROMOÇÃO DE SONO NA PREVENÇÃO DO *DELIRIUM* NA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA: UM OLHAR ESPECIALIZADO**

**PROMOTING SLEEP IN THE PREVENTION OF *DELIRIUM* IN THE CRITICALLY
ILL PERSON: A SPECIALIZED APPROACH**

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

Por Catarina Sofia Cardim Barata

Sob a orientação do Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 2024

“Nós somos o que fazemos repetidamente. Virtude, portanto, não é um ato, mas um
hábito”

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

Este processo não teria sido tão gratificante sem a presença contínua daqueles que se tornaram imprescindíveis e a quem não poderia deixar de realizar o meu especial agradecimento.

Ao Prof. Doutor Sérgio Deodato pela orientação e mestria em todo o percurso.

Às minhas enfermeiras orientadoras por todo o conhecimento e disponibilidade que demonstraram, contribuíram sem dúvida para a minha diferenciação enquanto futura enfermeira especialista.

Aos meus colegas do 16º Curso de Mestrado e às minhas especiais colegas Andreia A., Andreia S. e Marta, por todos os momentos de partilha constante que se tornaram alentos em muitos momentos.

Aos meus amigos, por serem as minhas pessoas-luz, por me motivarem a voar mais alto e por serem as minhas âncoras quando mais preciso.

À minha melhor amiga Beatriz, por ter um papel tão importante na minha vida, por ouvir os meus desabafos e por me ensinar todos os dias que o universo retribui com bondade quem tem garra e coragem para ultrapassar as adversidades da vida.

À minha família, por todo o suporte, incentivo e apoio, por serem sempre a minha Casa e o meu abraço preferido.

Ao meu marido Miguel o meu sincero agradecimento, por seres o meu companheiro de vida de todas as horas, pela paciência e amor infinito e por me lembrares todos os dias que sou capaz de alcançar o mundo.

A todos, muito obrigada! Foram incansáveis!

RESUMO

O relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 2º ano do 16ª Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Pretende-se com este documento uma análise descritiva e critico-reflexiva das vivências mais significativas, durante os estágios clínicos, e a divulgação dos resultados do trabalho de investigação realizado, contribuindo por sua vez para o desenvolvimento das competências de mestre e de especialista.

O trabalho de investigação é referente a uma *scoping review* com a temática “Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* na pessoa adulta e idosa em situação crítica” e foram expostos os resultados obtidos através de um póster científico. O *delirium* é considerado um distúrbio agudo da atenção, cognição e flutuação do estado de consciência e apresenta-se como um fator preditivo de mau prognóstico da pessoa em situação crítica. O Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica assume um papel preponderante na prevenção do *delirium*, através de medidas não farmacológicas. Um dos fatores precipitantes do *delirium* é a privação de sono, que se encontra evidentemente fragmentado em ambiente de cuidados intensivos, sendo necessário direcionar o cuidado que promova a sua melhoria e, consequentemente, previna o *delirium*.

Como elemento norteador do desenvolvimento de competências e do pensamento no cuidar em enfermagem, foi tida em consideração a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba.

A experiência profissional direcionada para o cuidar da pessoa em situação crítica em contexto de urgência proporcionou creditação ao estágio da Unidade Curricular de Vigilância e Decisão Clínica.

Os campos de estágio escolhidos foi uma Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica e uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Paralelamente ao percurso de investigação, identifiquei em contexto de estágio importantes temáticas que careciam de abordagem formativa, permitindo-me dinamizar duas sessões formativas. A par disso, possibilitou-me também parametrizar o stock de fármacos num dos contextos, através da consulta de normas de boas práticas de segurança do medicamento. Este conjunto de atividades permitiram-me atuar como facilitadora nos processos de aprendizagem dos meus pares e desenvolver práticas de melhoria contínua da qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: *delirium*; promoção de sono; pessoa em situação crítica; enfermagem especializada; qualidade nos cuidados

ABSTRACT

This internship report is part of the Curricular Unit Final Internship and Report of the 2nd year of the 16th Master's Degree with Specialisation in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Critical Situations, at the Lisbon Nursing School of the Portuguese Catholic University. The aim of this document is to provide a descriptive and critical-reflective analysis of the most significant experiences during the clinical internships and to disseminate the results of the research work carried out, in turn contributing to the development of master's and specialist competences.

The research work is related to a *scoping review* with the theme 'Non-pharmacological sleep-promoting interventions in the prevention of delirium in adults and the elderly in critical condition' and the results were presented in a scientific poster. Delirium is considered an acute disorder of attention, cognition and fluctuations in the state of consciousness and is a predictor of poor prognosis for people in critical condition. Nurses specialising in Critical Care Nursing play a leading role in preventing delirium through non-pharmacological measures. One of the precipitating factors of delirium is sleep deprivation, which is evidently fragmented in an intensive care environment, making it necessary to provide care that promotes sleep improvement and, consequently, prevents delirium.

Katharine Kolcaba's Comfort Theory was taken into account as a guiding element in the development of competences and thinking in nursing care.

Professional experience focussed on caring for critically ill people in an emergency setting enabled the internship to be accredited for the Surveillance and Clinical Decision Making curricular unit.

The internship sites chosen were an Oncological Intensive and Intermediate Care Unit and a Multipurpose Intensive Care Unit. At the same time as my research, I identified important issues in the internship context that needed to be addressed in training, allowing me to organise two training sessions. In addition, I was also able to parameterise the stock of drugs in one of the contexts by consulting good practice standards for drug safety. This set of activities allowed me to act as a facilitator in my peers' learning processes and to develop continuous quality improvement practices.

KEYWORDS: delirium; sleep promotion; critically ill person; specialised nursing; quality of care

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

ABCDEF - *Assess, Prevent, and Manage Pain; Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials; Choice of analgesia and sedation; Assess, Prevent, and Manage Delirium; Early mobility; Family engagement*

BPS - *Behavioural Pain Scale*

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

CME – Curso de Mestrado em Enfermagem

dB - Decibéis

DGS – Direção-Geral da Saúde

DVE - Drenagens Ventriculares Externas

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI –Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EFR – Estágio Final e Relatório

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

ESCID - Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

FiO₂ - Fração de Oxigénio no Ar Inspirado

HM – Higienização das Mãos

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IHO – Instituto Hospitalar de Oncologia

IOT – Intubação Orotraqueal

ISBAR – Identificação, Situação atual, *Background* (Antecedentes), Avaliação e Recomendações

LASA - *Look-Alike and Sound-Alike*

mmHg – Milímetro de Mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

PADIS - *Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption*

PAI – Pneumonia associada à Intubação

PAM – Pressão Arterial Média

PaO₂ - Pressão Parcial de Oxigénio no Sangue Arterial

PBCI - Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PEI – Plano de Emergência Interno

PIC – Pressão Intracraniana

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

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

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – Escala de Sedação e Agitação de Richmond

REM - *Rapid Eyes Movement*

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPIKES - *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Explore emotions, Strategy and Summary*

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

START - *Simple Triage and Rapid Treatment*

SUG – Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIIO – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 - Síntese dos Resultados da <i>Scoping review</i>	28
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1- Caracterização dos estudos analisados da <i>Scoping review</i>	25
---	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. REVISÃO DA LITERATURA	19
1.1. Enquadramento da temática de investigação	19
1.2. Percorso Metodológico	22
1.3. Resultados: Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do <i>delirium</i> na pessoa adulta e idosa em situação crítica.....	24
1.4. Discussão	28
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	33
2.1. Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica.....	33
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	34
3. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	36
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	39
3.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	40
3.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	42
3.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	46
3.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	48
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	54
3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	54
3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	65
3.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica	68
CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES.....	90
APÊNDICE I – Protocolo da <i>Scoping Review</i>	91
APÊNDICE II – Alteração da rotulagem da medicação na Unidade de Cuidados de Intensivos e Intermédios Oncológica	103
APÊNDICE III – Divulgação da sessão de formação nº 1 - “Gestão do <i>Delirium</i> ”	107
APÊNDICE IV – Sessão de formação nº 1 - “Gestão do <i>Delirium</i> ”	109
APÊNDICE V – Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação nº 1 - “Gestão do <i>Delirium</i> ”.....	113

APÊNDICE VI – Divulgação da sessão de formação nº 2 - “Morte Cerebral e os Cuidados de Enfermagem”	117
APÊNDICE VII – Sessão de formação nº 2 - “Morte Cerebral e os Cuidados de Enfermagem”..	119
APÊNDICE VIII – Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação nº 2 - “Morte Cerebral e os Cuidados de Enfermagem”	123
APÊNDICE IX – Póster apresentado no seminário VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem. Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social.....	126
ANEXOS.....	128
ANEXO I – Certificado do Póster apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem. Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social.....	129
ANEXO II – Certificados de participação	131

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no 1º semestre do 2º ano do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem (CME) com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), lecionado na Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. O presente CME tem uma duração total de 3 semestres, com início em setembro do ano letivo 2022/2023 e com final em fevereiro do ano letivo 2023/2024.

O plano de estudos do CME tem como requisito a realização de estágios de natureza profissional, objetos de relatório final, tal como descrito no Decreto-Lei n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018). No final do percurso académico é solicitado a redação do presente documento no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório (EFR), com a finalidade de evidenciar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências da área eleita. Centrado numa abordagem descritiva e crítico-reflexiva, pretendo alcançar como objetivo principal, o de demonstrar o desenvolvimento de competências para obter o grau de Mestre em Enfermagem e o título de Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC. Como objetivos específicos, os seguintes: analisar os resultados provenientes do estudo de investigação realizado (*scoping review*); evidenciar as competências desenvolvidas em contexto profissional no Serviço de Urgência Geral (SUG) de adultos; demonstrar o desenvolvimento das competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e a sua família, em contexto de cuidados intensivos, apoiando-me em fundamentação científica; e analisar as atividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio.

O interesse nos cuidados à PSC adveio desde que enveredei no curso de licenciatura em enfermagem, motivo pela qual optei por trabalhar num SUG durante cinco anos. Este gosto pela PSC manteve-se constante e impulsionou-me a procurar novos conhecimentos, aprimorar e desenvolver novas competências, decidindo-me assim a iniciar formação avançada, com o ingresso no presente CME. A enfermagem avançada pressupõe um desempenho mais competente, centrado numa lógica concetual, concretizada a partir de uma inter-relação pessoal, apoiada em teorias de enfermagem que têm como “core” o

diagnóstico e a capacitação da pessoa face às transições decorridas em vida (Silva, 2007). Os EE e mestres são reconhecidos por fornecerem um nível avançado de prática, contribuindo para facilitar a mudança e a inovação (International Council of Nurses, 2020; Kilpatrick et al., 2013). Apresentam uma preparação académica para além da formação de base, possuindo um leque mais alargado de responsabilidades, adquirindo conhecimentos mais aprofundados, pensamento crítico e competências de tomada de decisão (International Council of Nurses, 2020). Na procura da excelência da prática profissional, tive como modelo de orientação da minha práxis os Enunciados Descritivos contemplados no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à PSC, da Ordem dos Enfermeiros (OE), que promovem a orientação da tomada de decisão em enfermagem e, por sua vez, a reflexão sobre os cuidados prestados, sendo estes: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2017).

De acordo com Regulamento nº 140/2019 das Competências Comuns do EE, o EE é aquele que presta cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade de enfermagem, evidenciando competência na área científica, técnica e humana (OE, 2019a). A PSC exige uma monitorização rigorosa com cuidados diferenciados e especializados de enfermagem, permitindo identificar situações potenciadores de complicações no estado de saúde/recuperação e atuar em situações de risco de vida imediato, tal como descrito no Regulamento nº 429/2018 das Competências Específicas do EE na área de Enfermagem à PSC (OE, 2018). Ambos os documentos supramencionados serviram de suporte no decorrer do percurso formativo, contudo, para dar resposta à aquisição das competências, tive também como sustento as competências de mestre, preconizadas no artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Neste âmbito, propus-me a realizar uma revisão da literatura, nomeadamente uma *scoping review* como estudo de investigação (Joanna Briggs Institute, 2020b), intitulado de “Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* na pessoa e adulta e idosa em situação crítica”. O motivo da escolha deste tema prende-se por motivos técnico-científicos, pessoais e profissionais, face a uma lacuna de conhecimento identificada, com o intuito de tornar proveitoso para a minha prática como enfermeira de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O *delirium* é uma disfunção cerebral aguda que poderá ocorrer até 70% das pessoas internadas em UCI e é uma realidade subdiagnosticada

(Bento et al., 2023; Faria & Moreno, 2013). O sono em UCI é frequentemente fragmentado, este facto deve-se ao ambiente vivido neste contexto. A privação prolongada de sono surge associada com o aparecimento do *delirium*, tendo impacto na recuperação da pessoa, estando associada ao aumento de morbilidade e mortalidade na UCI (Patel et al., 2014). A prevenção do *delirium* assenta na compreensão dos fatores de risco e na adoção de medidas não farmacológicas como linha principal de atuação (Faria & Moreno, 2013). Por este motivo, a *scoping review* permitiu mapear e identificar o conjunto de intervenções não farmacológicas de enfermagem, direcionadas para a promoção do sono e preventivas do *delirium*, descritas na evidência como diferenciadoras dos resultados em saúde da PSC.

Com o objetivo de adquirir as competências de mestre e de EE, foi solicitado a escolha de campos de estágio, tendo sido selecionado o contexto de UCI, em dois locais distintos, nomeadamente, uma Unidade de Cuidados de Intensivos e Intermédios Oncológica (UCIIO) e uma Unidade de Cuidados de Intensivos Polivalente (UCIP). O primeiro estágio foi numa UCIIO, numa Instituição Hospitalar de Oncologia (IHO), na qual há cerca de um ano (correspondente à data da redação do relatório) exerço funções como enfermeira de cuidados gerais. A seleção deste campo de estágio surgiu pelo interesse pessoal na área, apresentando características específicas na abordagem da pessoa a vivenciar uma doença oncológica conjuntamente com a vivência complexa de doença crítica e falência multiorgânica. Com base nesta premissa, considerei benéfico aliar esta área de interesse pessoal, estando ainda em processo de integração na área de oncologia e cuidados intensivos, com o processo de desenvolvimento de competências especializada à PSC. Esta minha motivação é congruente com a competência e o aperfeiçoamento profissional, descritas na alínea e) do nº 2 do artigo 99º da Deontologia de Enfermagem, incluída no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) (OE, 2015b). O segundo estágio foi realizado numa UCIP, visto ser uma unidade que admite pessoas com diagnóstico do foro médico-cirúrgico e de trauma, com valências desconhecidas da minha prática profissional, podendo assim constituir-se um repto para o meu percurso de aprendizagem. Em adição, é uma UCI em processo de certificação de qualidade, sendo uma referência em boas práticas de enfermagem. Os estágios supracitados foram realizados no 1º semestre do 2º ano do CME, com a duração total de quinze semanas, com início a 4 de setembro de 2023 e com término a 16 de dezembro de 2023, correspondendo a um total de 400h de contacto, ambos sob a orientação do docente Sérgio Deodato e sob duas enfermeiras orientadoras detentoras do grau académico de mestre e de especialista. Uma vez que exerci a minha atividade

profissional num SUG de adultos durante cinco anos, foi-me creditado um estágio, correspondente à UC de Vigilância e Decisão Clínica.

Tendo como base um referencial teórico na perspetiva do cuidar que sustente o meu pensamento, selecionei a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba. O conforto é o centro da sua teoria de enfermagem, apresentando uma teoria de médio alcance, que tem como foco principal estabelecer um conforto holístico da pessoa e da sua família, promovendo o seu envolvimento e que criem comportamentos no alcance da sua saúde (Silva & Nascimento, 2023). Segundo Tomey & Alligood (2004), Kolcaba define conforto como uma condição experienciada de ser fortalecida, através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais). Kolcaba, descreve necessidades de saúde como “necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão...” (Tomey & Alligood, 2004, p. 484), tal como a PSC com *delirium* em UCI, que experiencia desconforto em todas as suas dimensões. Cabe ao EE na área de Enfermagem à PSC alcançar o cuidado confortador e uma melhor compreensão das necessidades da PSC, através de intervenções não farmacológicas preventivas do *delirium*, nomeadamente, na promoção do sono.

No que concerne à estrutura delineada para o relatório, este encontra-se dividido em cinco capítulos. Primeiro pela introdução, onde é realizada a contextualização do relatório, com os locais de estágio escolhidos, objetivos traçados e como se apresenta estruturado. O seguinte capítulo integra a revisão da literatura, onde se insere a *scoping review* realizada. Segue-se o capítulo que inclui uma breve caracterização dos contextos de estágios com os objetivos correspondentes. No seguinte capítulo, relativo à análise das competências, abordo primeiramente a minha experiência profissional no SUG e, de seguida, realizo uma análise reflexiva das competências desenvolvidas no decorrer dos estágios, divididas em subcapítulos: competências comuns de EE e nas competências específicas do EE na área de Enfermagem à PSC. No último capítulo surge a conclusão, onde apresento de forma sucinta as principais considerações finais, aspetos facilitadores e constrangedores vividos no decorrer do percurso formativo, bem como a análise dos objetivos propostos.

O relatório encontra-se referenciado de acordo com as normas de referenciação da 7.^a edição da *American Psychological Association* operacionalizadas pelo software *Zotero*. Importa mencionar que recorri a nomes fictícios na descrição dos casos/situações de forma a manter as questões éticas relacionadas com sigilo profissional, como também foi salvaguardado o anonimato das instituições.

1. REVISÃO DA LITERATURA

O presente capítulo aborda a revisão da literatura realizada (*scoping review*), que potenciou a aplicação do conhecimento produzido, desenvolvendo assim competências de investigação, obrigatórias para obter o grau de mestre. A escolha da temática da mesma desenvolveu-se pela lacuna do conhecimento identificado no decorrer da experiência profissional e por ser uma realidade vivenciada comprometedora do estado clínico da PSC. Assim, integrei uma equipa de investigação que me permitiu compreender o fenómeno em estudo e perpetuar investigações futuras.

1.1. Enquadramento da temática de investigação

Segundo o que se encontra definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, da *American Psychiatric Association* (2013), o *delirium* apresenta-se com uma perturbação da consciência (com redução da perceção do ambiente) ou da atenção (capacidade de direccionar, orientar, manter ou desviar a atenção), desenvolvendo-se num curto período (horas a dias), com oscilação ao longo do dia. Corresponde a um distúrbio neurocognitivo que não é mais bem explicado por uma perturbação neurocognitiva pré-existente ou em evolução. Poderá incluir alterações noutras áreas, como na memória, aprendizagem, desorientação tempo-espacial e das capacidades viso-espaciais (American Psychiatric Association, 2013). Existem três subtipos do *delirium*: hiperativo, que se caracteriza pelo estado de inquietude, agitação ou agressividade; o hipoativo, mais difícil de diagnosticar, em que se apresentam estados de sonolência, apatia e diminuição da capacidade motora; e o misto, que possui ambas as características (Blodgett, 2023; Cortés-Beringola et al., 2021).

O *delirium* ocorre entre 50-70% das pessoas internadas em UCI, em cerca de 60% sob ventilação mecânica e 20-40% nas não ventiladas (Bento et al., 2023). A maioria da PSC que é admitida em UCI sobrevive à doença crítica, todavia, a que experiencia *delirium* durante a hospitalização tende a prolongar alterações cognitivas, emocionais e funcionais, com consequências graves na qualidade de vida (Faria & Moreno, 2013). É também responsável por várias complicações, como pelo elevado número de remoção de

dispositivos invasivos, duração de internamento hospitalar e de ventilação mecânica invasiva (VMI), aumento dos custos e elevada taxa de mortalidade (Faria & Moreno, 2013; Van Den Boogaard et al., 2012). O tratamento não farmacológico assenta numa abordagem inicial e preventiva dos fatores evitáveis responsáveis pelo desenvolvimento do *delirium* (Lôbo et al., 2010; Pinho, 2020). Foi no ano de 2018 que a *Society of Critical Care Medicine* atualizou as *guidelines* correspondentes à prática clínica de *Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption* (PADIS) da pessoa internada em UCI. Destaca-se nestas *guidelines* a inclusão de duas categorias, em relação às diretrizes de 2013, a gestão da imobilidade e a perturbação do sono (Devlin et al., 2018). Estas *guidelines* internacionais fomentam uma abordagem mais autónoma pelos enfermeiros na implementação de intervenções não farmacológicas, na sua prática diária, na prevenção do *delirium*.

Existem vários fatores modificáveis e não modificáveis para conduzir ao diagnóstico do *delirium* em UCI, embora sejam essencialmente três fatores modificáveis precipitantes: a sedação, a imobilização e a privação do sono. A redução da incidência da privação de sono constitui-se como parte da abordagem não farmacológica na prevenção do *delirium* (Pinho, 2020).

Segundo Devlin et al. (2018) e Pinho (2020), as UCI's são serviços altamente diferenciados, possuindo normas e dinâmicas de trabalho padronizadas, centradas na vigilância e monitorização contínua, priorizando fundamentalmente aspetos físicos e técnicos na assistência à pessoa. A admissão numa UCI constitui-se como um fator perturbador do padrão de sono, particularmente, pela necessidade constante de realização de procedimentos clínicos, presença de alarmes óticos e sonoros, e por ser considerado excessivamente estimulante devido à presença de ruídos e luminosidade intensa ininterrupta, provocando um meio envolvente desconfortável. Neste ambiente em UCI, a pessoa internada apresenta um padrão de 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 com *Rapid Eyes Movement* (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. Contudo, as alterações do padrão de sono causam disfunções fisiológicas e psicológicas, aumentando a taxa de morbilidade e mortalidade, com repercussões na recuperação da PSC (Devlin et al., 2018; Pinho, 2020). A quantidade de sono REM é significativamente menor na presença do *delirium*, sugerindo que existe uma

associação entre a variável de sono e do *delirium*, embora não esteja ainda bem estabelecida uma relação causa-efeito entre as mesmas. De acordo com a *guidelines* PADIS 2018, o sono foi reconhecido como fator de risco potencialmente modificável, tendo influência sobre a recuperação da PSC, pelo que a implementação de intervenções que promovam o sono em UCI é imprescindível, de forma a melhorar os ganhos em saúde (Devlin et al., 2018)

Pinho (2020) acrescenta que, as perturbações de sono têm uma etiologia multifatorial constituída por fatores extrínsecos e intrínsecos. No domínio dos fatores extrínsecos apresentam-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 diálogo entre profissionais). Nos fatores intrínsecos inserem-se os aspetos físicos (quadro clínico, dor, desconforto, ventilação e dispositivos invasivos e o uso regular de sedativos, ansiolíticos e/ou psicóticos) e os aspetos psicológicos da pessoa (medo, ansiedade, angústia). Em UCI, os profissionais de saúde devem conhecer os hábitos, preferências de sono e repouso da PSC e salvaguardar a otimização do ambiente que a rodeia (Pinho, 2020).

Apesar da elevada prevalência, o subdiagnóstico do *delirium* é ainda hoje uma realidade em UCI, não apresentando, pelos profissionais de saúde, o mesmo reconhecimento que outras condições clínicas, em que cerca de 66% dos casos não são diagnosticados (Pereira et al., 2016). Porém, os enfermeiros deverão apresentar uma abordagem concreta na sua prevenção, com o objetivo de alterar fatores predisponentes e precipitantes (Pereira et al., 2016; Van Den Boogaard et al., 2012). A evidência indica que o *delirium* poderá ser precipitado pela privação de sono, comprometendo a segurança da pessoa internada em UCI (Faria & Moreno, 2013). O EE tem responsabilidade inerente ao deter competências na criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros, contribuindo para diminuir a sua prevalência através de medidas preventivas (Faria & Moreno, 2013; Pereira et al., 2016). Em adição, a investigação pelos enfermeiros, focada na prevenção do *delirium*, poderá também ser justificado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à PSC, na procura da excelência do exercício, na prevenção de complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (OE, 2017).

O motivo impulsionador da seleção da temática pautou-se pela prevalência do *delirium* na PSC, com repercussões no seu estado clínico, sendo uma realidade subdiagnosticada, com implicações prognósticas marcantes (Faria & Moreno, 2013).

Porém, outro dos motivos foi pelo interesse em proceder a um estudo de investigação que explorasse a evidência disponível. Assume-se que o enfermeiro poderá assumir um papel fundamental na prevenção da prevalência do *delirium*, como em questões de matéria promotoras de sono. Face à problemática, propomo-nos a responder à seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* na pessoa adulta e idosa em situação crítica?”

1.2. Percurso Metodológico

O presente trabalho iniciou-se por uma análise preliminar face ao “estado da arte”, recorrendo-se às bases de dados CINAHL (via EBSCO Host) e Medline (via PubMed e EBSCO Host). Nesta pesquisa inicial, foi possível averiguar que existia inconsistência dos estudos acerca da temática que relaciona os dois fenómenos do sono e do *delirium*. A pesquisa realizada permitiu compreender que existia produção científica com artigos com baixo nível de evidência e com inconsistência dos resultados dos estudos, sendo necessária uma maior inclusão de resultados clínicos de forma a permitir uma maior qualidade de evidência.

Observou-se, também, o registo na plataforma *Open Science Framework* para identificar um eventual protocolo de uma revisão de literatura com a mesma temática, verificando-se que não existe registo dos resultados, nem reconhecimento de intervenções não farmacológicas específicas promotoras de sono, apenas realçado os benefícios associados às intervenções na prevenção do *delirium*.

Importa elucidar que foi realizado um protocolo da *scoping review* inicialmente, também com base na metodologia *Joanna Briggs Institute*, que auxiliou numa primeira fase da pesquisa e permitiu uma organização da informação referente ao fenómeno em estudo (APÊNDICE I).

Perante este fenómeno, tornou-se evidente a necessidade de analisar a evidência existente nesta área do conhecimento. Assim, de modo a responder ao objetivo da questão de investigação - identificar as intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* na pessoa adulta e idosa em situação crítica – foi realizada uma *scoping review*. A temática a abordar emerge da necessidade de mapear o conhecimento sobre a matéria, 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, uma vez que permite esclarecer fenómenos de investigação e formular questões de investigação futuras (Peters et al., 2015).

A presente *scoping review* foi construída 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, 2020b; Page et al., 2021). A questão de investigação foi formulada com base na 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.

Após a pesquisa inicial, foi estruturada a estratégia de pesquisa para identificar artigos sobre o tema, com as seguintes palavras-chave, *Delirium*, *Sleep*, *Non Pharmacologic**, *Critical Care*, recorrendo-se às 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.

A estratégia de pesquisa foi definida por uma pesquisa eletrónica de descritores de saúde, descritores usados e validados nos termos MeSH e DeC's, pertinentes a utilizar no presente estudo de investigação, que 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*. Definidos os descritores, foram utilizados e cruzados os respetivos operadores booleanos (AND, OR) e operador de truncamento (*), que pode ser visualizada no APÊNDICE I, nas tabelas de estratégia de pesquisa para cada base de dados.

De forma a limitar a pesquisa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: 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 foram limitadas datas de publicação dos estudos, dado ser uma área ainda pouco abordada e assim facilitar a inclusão de um maior número de documentação disponível; estudos em português, castelhano ou inglês, que abordem 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.

1.3. Resultados: Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* na pessoa adulta e idosa em situação crítica

Posteriormente à pesquisa, todos os registos identificados foram carregados na plataforma *Rayyan* e *Zotero*, em que de seguida foram removidos os duplicados. Após um teste piloto, os títulos e os resumos foram selecionados por dois revisores, de forma a serem avaliados os artigos com base nos critérios de inclusão. Primeiramente, foi efetuada uma leitura dos títulos, seguido da leitura dos resumos e por último a leitura do texto integral, que consistiu numa amostra final de 14 artigos que respondiam à questão de investigação (8 através das bases de dados e 6 através de outros métodos). As listas de referências dos artigos selecionados para revisão de texto completo, incluídos na revisão, foram examinadas para rastrear outros artigos. Os estudos de texto completo, que não satisfaziam os critérios de inclusão foram excluídos, sendo que todo o processo de exclusão pode ser verificado no diagrama PRISMA (Page et al., 2021) (APÊNDICE I). Quaisquer desacordos que surgiram entre os revisores foram resolvidos através de discussão ou com um terceiro revisor.

No que respeita aos estudos incluídos para a presente *scoping review*, foi elaborado um quadro (Quadro nº1), com a apresentação das suas características quanto ao título do estudo, autores, ano de publicação, localidade, tipos de estudo, objetivo, população e tamanho da amostra e principais resultados, de forma a esquematizar a informação obtida. Foi ainda incorporado na tabela o *New JBI Levels of Evidence* pelo *Joanna Briggs Institute* (Joanna Briggs Institute, 2020a).

Após analisados os artigos, identificaram-se duas categorias principais (Controlo Ambiental – da Luminosidade e do Ruído - e Planeamento e gestão do cuidado) e um total de catorze intervenções não farmacológicas. Procedeu-se à elaboração da figura nº1 que sintetiza toda a informação e, deste modo, responde ao objetivo da temática.

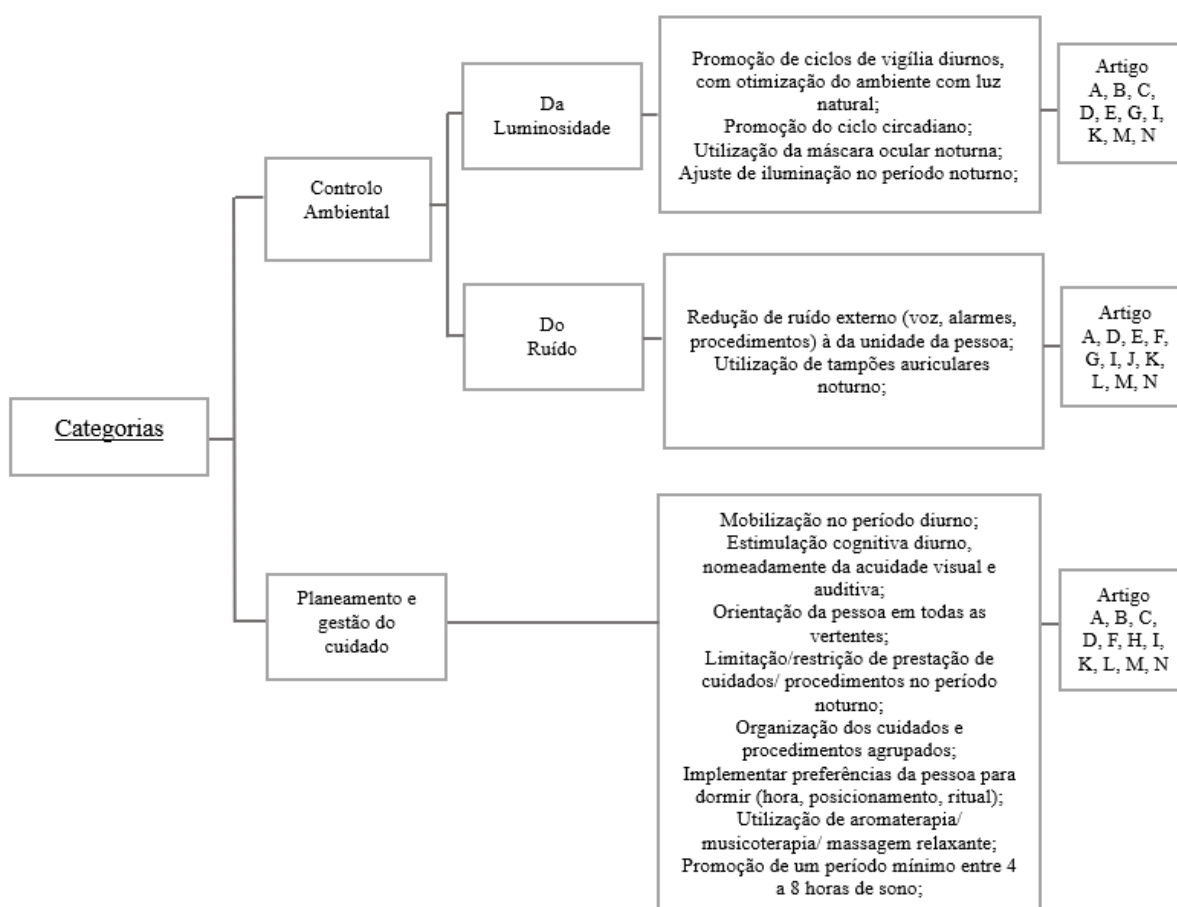
Quadro nº 1- Caracterização dos estudos analisados da Scoping review

Artigo	Título/ autor /ano /local	Tipo de Estudo / Nível de evidência	Objetivo	População e tamanho da amostra	Resultados: Intervenções não farmacológicas
A	Non-Pharmacological Nursing Interventions to Prevent Delirium in ICU Patients—An Umbrella Review with Implications for Evidence-Based Practice (Lange et al., 2022) Suíça	Revisão Umbrella Level 1.b (revisões sistemáticas e meta-análises e qualitativas e quantitativas)	Identificação de intervenções não farmacológicas eficazes na prevenção do delirium em pessoas internadas em UCI e identificação de outros potenciais benefícios das mesmas.	14 estudos que incluem a população de adultos e idosos internados em UCI	Iluminação adaptada ao ritmo circadiano. Utilização de tampões auriculares, máscaras oculares e música relaxante.
B	Effects of non-pharmacologic prevention on delirium in critically ill patients: A network meta-analysis (Matsuura et al., 2022) Japão	Revisão sistemática e meta-análise Level 1.b (estudos experimentais)	Avaliar a eficácia de intervenções não farmacológicas e determinar que conjunto das mesmas é eficaz na prevenção do delirium na pessoa internada em UCI.	11 ensaios clínicos (3 ensaios aleatórios controlados e 8 ensaios controlados antes e depois com um total de 2549 participantes) envolvendo adultos e idosos internados em UCI	Ajuste ambiental do ruído e da luz. Minimização dos cuidados noturnos. Combinação da promoção do sono com a estimulação cognitiva e orientação da pessoa.
C	Effectiveness of combined non-pharmacological interventions in the prevention of delirium in critically ill patients: A randomized clinical trial (Faustino et al., 2022) Brasil	Ensaio Clínico Randomizado Level 1.c (Estudo experimental)	Avaliar a eficácia de intervenções não farmacológicas combinadas na prevenção do delirium na PSC	Ensaio em três UCI's. Inclui adultos e idosos internados em UCI no período >48h. Grupos de controle de 72 pessoas e grupo experimental de 72 pessoas.	Gestão ambiental. Utilização de máscara ocular e tampões auriculares. Gestão de cuidados noturnos.
D	Effect of the use of earplugs and eye mask on the quality of sleep in intensive care patients: a systematic review (Locihová et al., 2018) República Checa	Revisão de Literatura Level 2.a (ensaios experimentais randomizados, controlados, quase-experimentais não randomizados e ensaios observacionais)	Avaliar a eficácia da aplicação de intervenções não farmacológicas (tampões auriculares e máscara ocular) no efeito na qualidade/ quantidade de sono	19 estudos que englobam a população de adultos e idosos internados em UCI	Efeito positivo no uso de máscara ocular e tampões auriculares na prevenção do delirium.
E	Assessment of analgesia, sedation, delirium and sleep disturbance in the intensive therapy unit and description of nonpharmacological interventions	Revisão Narrativa Level 5.c (estudos quantitativos e qualitativos)	Descrever os sistemas de pontuação validados e frequentemente utilizados na avaliação do delirium, perturbações de	80 estudos que incluem a população de adultos e idosos internado em UCI	Manutenção do ritmo circadiano pelo ajuste de luz e ruído, uso de tampões auriculares e máscara ocular.

	(Petrun, 2021) Eslovénia		sono, dor e sedação, com descrição da abordagem não farmacológica		
F	Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of <i>delirium</i> in intensive care unit patients (Van de Pol et al., 2017) Países Baixos	Série Temporal Interrompida Level 2.d (estudo quasi experimental)	Saber o efeito de um protocolo de redução do ruído noturno na incidência do <i>delirium</i> e na qualidade do sono no doente crítico internado em UCI.	Estudo realizado em UCI de adultos e idosos internados em UCI médica e cirúrgica. Grupo pré-intervenção de 211 comparado com o grupo pós- intervenção de 210 (com implementação do protocolo noturno)	Implementação de um protocolo de redução de ruído noturno (otimização ambiental e tampões para os ouvidos)
G	Intervenções não farmacológicas na prevenção do <i>delirium</i> em pessoas internados na unidade de cuidados intensivos - uma revisão sistemática (Varejão & Coelho, 2022) Portugal	Revisão de Literatura Level 4.a (estudos quantitativos e qualitativos: descritivos, experimentais, de coorte e ensaios clínicos randomizados controlados)	Identificar recomendações da literatura científica para intervenções não farmacológicas preventivas do <i>delirium</i> na pessoa internada em UCI.	11 estudos que incluem a população de adultos e idosos internados em UCI	Presença de luz natural diurna; organização dos cuidados noturnos; minimização de ruído; diminuição de luminosidade; utilização de tampões auriculares; incentivo à vigília diurna; limitação de intervenções.
H	Protecting Sleep to Reduce <i>Delirium</i> in an Adult Intensive Care (Thomas, 2021) Estados Unidos da América	Revisão de Literatura Level 3.c (estudos de coorte, quase experimentais, randomizados, revisões sistemáticas e descritivas)	Explorar a prevenção do <i>delirium</i> através da aplicação de um protocolo de melhoria de sono a partir de intervenções não farmacológicas em comparação com a ausência de protocolo	16 artigos que englobam adultos e idosos internados em UCI. Projeto implementado durante 2 meses (sem número da amostra especificado)	Otimização ambiental, reorientação e cuidados agrupados.
I	The effect of a quality improvement intervention on sleep and <i>delirium</i> in critically ill patients in a Surgical ICU (Tonna et al., 2021) Estados Unidos da América	Estudo Quasi- Experimental Level 2.d (estudo quantitativo)	Compreender qual o efeito da aplicação de uma intervenção multicomponente no <i>delirium</i> e qualidade do sono destinada a melhorar distúrbios de sono-vigília em UCI.	Estudo realizado à população de adultos e idosos internados em UCI cirúrgica no período de 8-12 semanas no grupo antes da intervenção (332) com comparação das 8-12 semanas no grupo após intervenção (314)	Otimização ambiental com estimulação cognitiva e mobilidade diurna. Otimização ambiental noturna com minimização de luz e ruído. Utilização de máscara ocular e tampões auriculares. Sensibilização dos profissionais.
J	The effect of earplugs during the night on the onset of <i>delirium</i> and sleep perception: a randomized controlled trial in	Ensaio Clínico Randomizado Level 1.c (estudo	Compreender a eficácia da utilização de tampões auriculares na prevenção do	Ensaio aleatório que inclui grupo de intervenção de adultos e idosos internados em UCI que dormia	Utilização de tampões auriculares tem efeitos benéficos mais fortes nas primeiras 48 horas

	intensive care patients (Van Rompaey et al., 2012) Bélgica	experimental)	<i>delirium</i> em UCI	com tampões auriculares (69) comparando com o grupo de controlo que dormia sem tampões auriculares (67)	após a admissão em UCI.
K	The Effect of the Sleep Promotion Interventions on Incidence of <i>Delirium</i> in Intensive Care Patients – Integrative Literature Review (Lee, 2022) Estados Unidos da América	Revisão Integrativa de Literatura Level 5.a (revisões da literatura, sistemáticas e meta-análises, estudos de coorte, estudos quasi-experimentais)	Explorar a eficácia de intervenções promotoras de sono na redução da incidência do <i>delirium</i> na PSC.	8 estudos que incluem a população de adultos e idosos internados em UCI	Redução da luz, otimização dos alarmes, utilização de máscaras oculares Tampões auriculares, promoção de ciclos de vigília diurnos e o ajuste de cuidados.
L	O papel do enfermeiro na prevenção do <i>delirium</i> no paciente adulto/idoso critico (Oliveira et al., 2022) Portugal	Revisão Integrativa de Literatura Level 5.a (estudos qualitativos e quantitativos. Observacionais, randomizado controlado, quase-experimental, de coorte, revisão sistemática e meta-análise, revisão da literatura e revisão integrativa)	Conhecer as intervenções de Enfermagem na identificação, prevenção e controlo do <i>delirium</i> na pessoa adulto/idoso em situação crítica.	13 estudos que incluem a população de adultos e idosos internados em UCI	Aromaterapia; massagens relaxantes; posicionamento confortável; luz adequada ao ciclo circadiano; limitar interrupções noturnas; e reduzir o ruído. Realizar procedimentos durante o dia.
M	Prevenção da confusão aguda em pessoas adultos internados em cuidados intensivos: intervenções autónomas do enfermeiro (Sousa etl al., 2019) Portugal	Revisão Integrativa de Literatura Level 5.a (estudos quantitativos exploratórios e descritivos, experimentais controlados, revisão integrativa da literatura, revisão narrativa)	Identificar as intervenções autónomas de enfermagem que previnem a confusão aguda em pessoas/adultos internados em UCI	8 estudos que englobam a população de adultos e idosos internados em UCI	Controlo da luminosidade e ruído noturno; tom de voz calmo e sereno; usar máscara ocular e tampões auriculares; musicoterapia suave; gerir os períodos de atividade e descanso da pessoa diurno; realizar técnicas de relaxamento.
N	The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and <i>delirium</i> in medical and surgical intensive care patients (Patel et al., 2014) Inglaterra	Estudo de Coorte Level 3.e (estudo observacional prospetivo)	Reduzir a incidência de privação de sono e <i>delirium</i> , abordando coletivamente fatores de risco através de um novo conjunto de intervenções não farmacológicas	167 pessoas no grupo pré intervenção e 171 pessoas no grupo pós intervenção, engobando adultos e idosos internados em UCI	Utilização de uma <i>bundle</i> de intervenções multidisciplinares que engoba a redução do ruído, redução da luminosidade e cuidados à pessoa.

Figura nº1 - Síntese dos Resultados da *Scoping review*



1.4. Discussão

No que concerne ao controlo ambiental da luminosidade, no período diurno é recomendado, preferencialmente, a otimização do ambiente da unidade com luz natural, de forma a apoiar os ritmos circadianos no bem-estar psicológico, ou, caso não seja possível, acender as luzes em quartos pouco iluminados, de forma a promover a vigília da PSC (Lange et al., 2022; Tonna et al., 2021; Varejão & Coelho, 2022). No período noturno, descrevem-se intervenções como: redução da intensidade das luzes e preferência pela luz de cabeceira durante as horas típicas de sono, na unidade da pessoa e utilização de máscara ocular, sendo considerada uma ação cómoda e confortável (Faustino et al., 2022; Lange et al., 2022; Lee, 2022; Locihová et al., 2018; Matsuura et al., 2022; Patel et al., 2014; Petrun, 2021; Sousa et al., 2019; Tonna et al., 2021). Apenas Lee (2022), inclui um estudo que descreve as máscaras oculares como potencialmente invasivas, especialmente para as pessoas que estejam incapazes de remove-las autonomamente. Patel et al (2014), no conjunto de intervenções que implementaram para minimizar a luminosidade, a utilização desta apenas foi fornecido a pessoas com um *score* superior a -4 na Escala de Sedação e

Agitação de Richmond (RASS). O controlo da luminosidade, como intervenção promotora de um sistema de iluminação adaptado a simulações de ritmo circadiano, é eficaz na promoção de bem-estar psicológico, pelo que é descrito como uma sensação de segurança, com resultado agradável e efeito positivo no humor (Lange et al., 2022).

Relativamente às intervenções não farmacológicas no controlo de ruído, foram encontradas as seguintes: a otimização de alarmes em modo noturno (entre as 23h e as 7h) (Lee, 2022; Oliveira et al., 2022a; Patel et al., 2014; Tonna et al., 2021; Van de Pol et al., 2017), redução do volume dos telefones (Patel et al., 2014); a redução do tom de voz dos profissionais de saúde e visitas perto da unidade da pessoa (Patel et al., 2014; Sousa et al., 2019); o fecho de portas da unidade quando não estão a ser utilizadas (Patel et al., 2014), a remoção das tampas dos sacos de fluidos da terapia de substituição renal serem realizadas fora dos quartos (Van de Pol et al., 2017) e utilização de tampões auriculares (Faustino et al., 2022; Lange et al., 2022; Lee, 2022; Locihová et al., 2018; C. 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). Segundo Lee (2022), o ruído na UCI é um dos fatores mais nocivos para o padrão do sono. A Organização Mundial da Saúde recomenda um nível máximo de 45 decibéis (dB) no período diurno e 35 dB no período noturno. Todavia, o nível médio de som numa UCI, num intervalo de 24 horas, está entre 55 dB e 65 dB, assim, um protocolo noturno de redução de som permite reduzir a incidência do *delirium* em pessoas internadas em UCI (Lee, 2022).

Patel et al (2014), incluíram no seu estudo o fornecimento de tampões auriculares apenas em pessoas com *score* superior a -4 na RASS, como uma intervenção eficaz. Lange et al. (2022), concluíram que, a utilização de tampões auriculares como intervenção (isolada ou como parte de um conjunto) é promotora de qualidade de sono e reduz o risco de incidência do *delirium*. Todavia, Van de Pol et al. (2017) contrariam, referindo que um protocolo incidente apenas na redução do ruído é insuficiente para melhorar significativamente a qualidade do sono, embora o seu estudo tenha apresentado resultados significativos na incidência do *delirium*. Os autores apresentam como limitação a inexistência de instrumento validado para medir adequadamente a qualidade do sono em pessoas com *delirium* e inconscientes e descrevem que, em investigações futuras, o protocolo aplicado deverá abranger um maior número de participantes durante um maior período temporal. Os autores Van Rompaey et al. (2012), concluíram no seu estudo experimental randomizado, uma melhor perceção do padrão de sono com o uso de tampões auriculares após a primeira noite na UCI, com benefícios mais fortes nas primeiras 48

horas após a admissão, demonstrando também que as pessoas desenvolveram *delirium* mais tarde do que aquelas que dormiam sem tampões. São mencionados como um instrumento económico, útil, e fácil de aplicar, sem necessitar de introduzir alterações institucionais (Lange et al., 2022; Van Rompaey et al., 2012).

Locihová et al. (2018), confirmam que, o conjunto de intervenções de fornecimento de máscaras oculares e tampões para os ouvidos, apresentam um efeito benéfico (pelo mecanismo de ação de redução do ruído e da transmissão de luz) que, por consequência, reduzem os efeitos prejudiciais. Assumem-se como métodos confortáveis e poderão ser aplicados de forma segura, com resultados na redução da incidência do *delirium* (Locihová et al., 2018).

Entre Locihová et al. (2018) e Patel et al. (2014) existe similaridade nos resultados, face ao efeito positivo das intervenções multicomponentes aplicadas na qualidade subjetiva do sono e na diminuição significativa da incidência do *delirium*, com a existência de um protocolo multicomponente com destaque no sono e *delirium*.

Vários estudos indicam o planeamento e gestão das atividades de cuidado à PSC, consistindo em: promover ciclos de vigília diurnos com aumento do estímulo e atividade durante o dia (Lee, 2022; Thomas, 2021; Varejão & Coelho, 2022) com períodos de mobilidade ou posição sentado no cadeirão também nesse período (Lee, 2022; Sousa et al., 2019; Tonna et al., 2021); organização dos cuidados e procedimentos agrupados sempre que possível (Lee, 2022; Patel et al., 2014; Thomas, 2021; Tonna et al., 2021); limitação/restrrição de prestação de cuidados não urgentes durante o período noturno (Lee, 2022; Matsuura et al., 2022); e conclusão das intervenções antes das 23 horas, ou a sua realização somente para depois das 8 horas da manhã, com o objetivo de restringir ao mínimo as interrupções do sono por estímulos externos (Lee, 2022; Matsuura et al., 2022; Oliveira et al., 2022; Patel et al., 2014; Van de Pol et al., 2017). Existe também forte concordância relativamente à orientação da pessoa em todas as vertentes (através do uso de quadro branco, relógio, calendário e envolvimento da família conforme permitido) (Faustino et al., 2022; Lange et al., 2022; Patel et al., 2014; Thomas, 2021). Matsuura et al. (2022) identificam a promoção do sono associada à estimulação cognitiva diurna como intervenções eficazes na prevenção do *delirium*, com cuidados que estimulem a audição e a acuidade visual, nomeadamente atividades com uso de música e jogos de associação de palavra. Outras das intervenções encontradas relacionam-se com: questionar a pessoa no que concerne à hora desejada para dormir e promover um período (no mínimo) de 4 a 8 horas de sono noturno (Thomas, 2021); promover um posicionamento confortável (se

possível o preferido da pessoa); utilização de técnicas de relaxamento como a aromaterapia, massagens relaxantes (pés e costas) (Oliveira et al., 2022) e/ou providenciar musicoterapia relaxante (Lange et al., 2022; Sousa et al., 2019). Acrescenta-se também como intervenções, a sensibilização dos profissionais para esta problemática, com o uso de sinalética “STOP” na porta dos quartos/unidade de forma a relembrar a não perturbação no período noturno (Tonna et al., 2021).

O *delirium* é uma complicação associada a consequências adversas, afetando não só a função cognitiva, mas o prognóstico da PSC. Em consequência do ambiente em redor, a pessoa sofre alterações no seu padrão de sono, pelo que o enfermeiro deve minimizar os fatores perturbadores a partir de intervenções promotoras de sono (Lange et al., 2022; Oliveira et al., 2022).

As intervenções não farmacológicas promotoras de sono são inconsistentes durante o período noturno, requerendo diretrizes e dinâmicas de trabalho no cuidado à PSC internadas em UCI que potenciam a sua melhoria (Lee, 2022). Segundo Petrun (2021), a prevenção da incidência do *delirium* de acordo com fatores de risco precipitantes presentes no ambiente em que a pessoa se encontra exposta é fundamental, pelo que devem ser reconhecidos e intervir para os minimizar, se não de todo os eliminar. As medidas não farmacológicas não exigem de equipamento adicional, são na sua maioria pouco dispendiosas e apenas requerem profissionais devidamente instruídos e motivados para a respetiva aplicação. Estas constituem-se como base para a prevenção de ocorrência do *delirium* e é recomendada a sua implementação preferencialmente em conjunto, do que isoladamente (Petrun, 2021).

A utilização de intervenções multicomponentes demonstrou-se mais eficaz na redução da incidência e duração do *delirium*, tempo de internamento e mortalidade, apoiando a hipótese que a combinação das mesmas poderá produzir um resultado mais benéfico, comparativamente a intervenções de componente único e tratamento padrão (Faustino et al., 2022). Matsuura et al. (2022) afirmam que, o padrão de sono insuficiente na PSC, potencia que a mesma experiencie um desequilíbrio entre a atividade e o repouso, prolongando a excitação, com estimulação cognitiva durante o dia, induzindo o *delirium*. Os mesmos autores reforçam ainda que, devido à elevada carga de trabalho, a falta de tempo e a falta de instrução/ensino necessário para a implementação de intervenções multicomponentes pelo enfermeiro, no ambiente específico de UCI, a promoção de sono é aceite como o conjunto de intervenções mais eficaz entre as combinações de intervenções não farmacológicas (Matsuura et al., 2022).

Thomas (2021) comprova que, a utilização de um protocolo noturno, iniciado por enfermeiros, reduz os custos financeiros da instituição, dado que se encontra evidenciado que o impacto financeiro com a ocorrência do *delirium* é cerca de 39%. Este autor promoveu um projeto de mudança de práticas na redução de incidência do *delirium* através de um protocolo de melhoria do sono (com intervenções diurnas e noturnas no controlo do ruído, da luz e na redução de estímulos). Embora tenha apresentando constrangimentos no decorrer do projeto, com uma amostra pequena, expôs uma redução de 50% do *delirium* na PSC, após o seu início, evidenciado pelas pontuações da escala *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU) (Thomas, 2021).

Patel et al. (2014) confirmam no seu estudo de coorte que, as pessoas internadas reportaram uma qualidade média de sono significativamente melhor após a implementação de intervenções em conjunto (*bundles*) relacionadas com o ruído, luminosidade e atividades dos profissionais, conduzindo à diminuição da incidência do *delirium*. Todavia, afirmam que devem ser implementadas intervenções multidisciplinares de forma mais alargada e que a investigação nesta temática merece mais destaque, com o objetivo de analisar mais cautelosamente os efeitos sobre os resultados. Existe concordância entre Patel et al. (2014) e Lee (2022) que deve ser realizado um programa universal de sensibilização dos profissionais para a importância de monitorizar e prevenir o *delirium* em UCI, com vista a existirem mudanças de práticas e comportamentos.

Assume-se assim que, as intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* na pessoa adulta e idosa em situação crítica, são mais eficazes e benéficas quando aplicadas em conjunto, sob a forma de intervenção multicomponente. Uma adequada gestão de cuidados e o uso de protocolos de atuação na promoção do sono é a estratégia mais económica, mais comum e facilmente implementada na prevenção do *delirium*, com o ajuste do ambiente a partir da redução de ruído, luz e a minimização de cuidados em período noturno (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). A implementação de um protocolo de melhoria do sono melhora os cuidados prestados à pessoa e reduz a incidência do *delirium*, sendo defendida a sua utilização como padrão de cuidados. Por último, ressalva-se a pertinência do papel do enfermeiro como o profissional que mais poderá contribuir para a prevenção da incidência do *delirium*, uma vez que permanece mais tempo junto da pessoa comparativamente aos restantes profissionais de saúde (Oliveira et al., 2022; Varejão & Coelho, 2022).

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Neste capítulo irá ser realizada uma breve contextualização dos locais de estágio e a apresentação dos objetivos propostos para ambos.

2.1. Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Oncológica

A UCIIO insere-se na área metropolitana de Lisboa, numa IHO, do Serviço Nacional de Saúde. É uma instituição de referência com atividades abrangentes em investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e continuidade de cuidados. A área geográfica de intervenção é a nível das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve.

A UCIIO é composta por dez camas de nível II/nível III. De acordo com as recomendações sobre os requisitos básicos para as UCI's, da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos (Valentin & Ferdinande, 2011), as camas de nível III de UCI incorporam as pessoas com falência múltipla de órgãos vitais (dois ou mais), potencialmente ameaçadoras de vida, dependentes de duas ou mais formas de suporte, tal como suporte hemodinâmico, assistência respiratória ou de terapia de substituição renal. As camas de nível II são destinadas a pessoas que necessitam de monitorização ou com falência apenas de um órgão, requerendo suporte farmacológico e suporte da sua função, com risco iminente de vida (Valentin & Ferdinande, 2011). É um serviço que a sua estrutura física é em formato aberto, *open-space*, que dá resposta na prática de cuidados à PSC a vivenciar uma doença oncológica e com complexidade clínica que exige uma equipa multidisciplinar treinada, não só na gestão da instabilidade das pessoas, como também nas nuances terapêuticas que uma pessoa com doença oncológica exige. Sendo o IHO que abrange várias especialidades, para além da hematologia, a UCIIO também recebe pessoas com o diagnóstico do foro cirúrgico oncológico, nomeadamente, otorrinolaringologia, plástica, ginecologia, urologia, cirurgia geral e cirurgia de cabeça e pescoço. As pessoas no pós-operatório de cirurgias oncológicas podem surgir no âmbito de cirurgia curativa, paliativa e profilática. No entanto, a maioria das pessoas admitidas encontra-se em fase de tratamento ativo e, nos casos das pessoas com doença hematológica, a admissão pode

resultar de uma descompensação de um ou mais órgãos que, com o suporte e tratamento de cuidados intensivos, tenham possibilidade de se recuperar.

As equipas são compostas por vários profissionais de saúde, particularmente médicos intensivistas, enfermeiros e assistentes operacionais 24h/dia. A equipa de enfermagem conta com um total de trinta e seis enfermeiros, distribuídos por cinco equipas. Existem três enfermeiros com a especialidade médico-cirúrgica, dois enfermeiros com a especialidade de reabilitação e um enfermeiro com a especialidade de saúde mental e psiquiátrica. No decorrer dos últimos meses houve uma reestruturação da equipa de enfermeiros, nomeadamente a entrada de enfermeiros recém-formados, exigindo de toda a equipa uma adaptação à entrada destes novos elementos. Este reforço de profissionais resultou da necessidade de abertura de mais camas na UCIIO, aguardando ainda o recrutamento de mais médicos. O rácio de enfermeiro-pessoa na UCIIO de nível II é de 1:2 e de nível III é de 1:1, tal como preconizado na norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem em UCI, dispostas no Regulamento nº743/2019 (OE, 2019b).

Posto isto, foram delineados objetivos específicos de estágio de forma a alcançar as competências de EE, sendo os seguintes: Desenvolver conhecimentos especializados no cuidado à PSC e a sua família em contexto de cuidados intensivos oncológicos; desenvolver conhecimentos teóricos, científicos e técnicos no âmbito dos cuidados à pessoa, na prevenção e na gestão do *Delirium*, internada na UCIIO; e desenvolver competências relativas à segurança do medicamento na UCIIO;

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A UCIP pertence a um hospital central de referência na área metropolitana de Lisboa, em que assume como missão prestar cuidados humanizados, com rigor técnico e científico, com elevados níveis de qualidade, em articulação com o desenvolvimento de atividades de investigação, ensino e formação. A UCIP, onde foi realizado o estágio, pertence a um Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e corresponde a um nível III de UCI, com capacidade total para oito camas. Recentemente, houve uma reestruturação das várias UCI's (camas de nível III), e intermédias (camas de nível II) em hospitais de maior dimensão, evoluindo para um único SMI (Ministério da Saúde, 2017). Esta integração do SMI ampliou a eficiência, a facilitação de disponibilidade de camas, a diminuição de eventos adversos, com consequentemente, redução de readmissões em nível III e dos custos hospitalares (Ministério da Saúde, 2017). Por fim, este modelo de SMI possibilitou

a assistência na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença crítica. “A integração das unidades de cuidados intensivos e intermédios e atividade dentro e fora da área geográfica das unidades, nomeadamente na sala de emergência do serviço de urgência, na equipa de emergência intra-hospitalar, na consultadoria a pessoas graves das enfermarias, na consulta de follow-up intra-hospitalar e de ambulatório, garantindo o processo assistencial do doente crítico, com capacidade de resposta qualificada, diferenciada e imediata 24h por dia/7 dias por semana” (Ministério da Saúde, 2017, p. 7).

É uma UCI que tem como missão o cuidado diferenciado e especializado à PSC em risco de vida, com falência de um ou mais órgãos. Por ser polivalente considera uma panóplia de especialidades, com pessoas com o diagnóstico do foro médico, cirúrgico e de trauma, na qual abrange tratamentos e técnicas distintas, com uma ampla variedade de meios avançados e tecnológicos. Porém, está mais vocacionada para o tratamento da PSC com doenças do foro respiratório, com insuficiência respiratória grave com necessidade de VMI. Para além disto, a UCI assume a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), em conjunto com outra UCI do Hospital, sendo que a distribuição da equipa é rotativa de dois em dois meses, entre ambas.

Apresentam vários elementos da equipa que realizam o trabalho de *roulement*, perfazendo um total de trinta e um enfermeiros, distribuídos por cinco equipas, nas quais existem quatro enfermeiros com a especialidade médico-cirúrgica e nove enfermeiros com a especialidade de reabilitação. Diariamente, existe sempre um EE responsável por turno, que para além de assumir a prestação direta de cuidados, assume também trabalho de gestão da equipa. Em cada turno existe sempre, pelo menos, um EE em enfermagem médico-cirúrgica e um enfermeiro de reabilitação. Relativamente ao rácio enfermeiro-pessoa nesta UCIP de nível III, o mesmo é de 1:2.

Decidi delinear os seguintes objetivos específicos para alcançar as competências de EE: Desenvolver conhecimentos especializados no cuidado à PSC e a sua família em contexto de cuidados intensivos polivalente; desenvolver conhecimentos teóricos, científicos e técnicos no âmbito dos cuidados à pessoa, na prevenção e na gestão do *Delirium*, internada na UCIP; e desenvolver competências na abordagem à pessoa em morte cerebral e na manutenção do potencial dador e à sua família, na UCIP.

Terminado o capítulo da caracterização dos estágios, segue-se o capítulo da análise crítica das competências desenvolvidas.

3. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A palavra “competência”, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, descreve-se como “atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (OE, 2019a, p. 4745).

Considero que a prática clínica não se dissocia da experiência profissional prévia e, deste modo, a mesma teve um papel preponderante nas atitudes adotadas nos estágios, o que consequentemente conduziu ao desenvolvimento de conhecimentos e competências de EE na área de Enfermagem à PSC. A minha experiência profissional como enfermeira é de sete anos, nos quais exerci funções como enfermeira de cuidados gerais num SUG de adultos durante cinco anos, permitindo-me obter creditação à UC de Vigilância e Decisão Clínica, com base no Regulamento de Creditação, publicado em Diário da República (Universidade Católica Portuguesa, 2019).

O SUG de adultos, onde exerci funções como enfermeira de cuidados gerais, corresponde a um SUG médico-cirúrgico, integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares, com prestação de cuidados a pessoas com patologia múltipla do foro médico, cirúrgico, ortopédico, psiquiátrico e pequenos traumas. Trabalhar no SUG foi fundamental para adquirir as competências necessárias compatíveis com cuidados especializados à PSC e para desenvolver a minha identidade profissional na área descrita. A aquisição dos diversos conhecimentos decorreu através da realização de formações extra e intra-hospitalar de forma contínua, objetivando uma prática responsável e consciente. Uma das formações realizadas foi o curso de Triage de Manchester, tratando-se de um instrumento de apoio à decisão clínica em que consiste na identificação rápida de critérios de gravidade de pessoas, tendo em conta a sua prioridade clínica. O pensamento crítico aliado à intuição e conhecimento na observação e avaliação da PSC foi desenvolvido gradualmente ao longo do percurso profissional. O processo de tomada decisão, com base em informação por vezes limitada e ambígua, possibilitou-me um vasto conhecimento de sintomas padrões de determinadas patologias, elevada capacidade de interpretação, raciocínio clínico e de resolubilidade dos problemas em ambiente complexo. Tal como

descrito por Azevedo et al. (2023), na tomada de decisão no setor de trabalho da triagem, o enfermeiro desenvolve competências como a organização e priorização e adquire conhecimentos que conferem sustentação à avaliação da PSC, permitindo organizar o pensamento e identificação de critérios de gravidade, que conduzem a um juízo clínico apurado. A avaliação sistêmica permite o reconhecimento de padrões que através de um julgamento clínico induz um raciocínio crítico, levando o enfermeiro a tomar decisões essenciais no que concerne à priorização das pessoas admitidas em contexto de urgência (Azevedo et al., 2023).

Dado a especificidade que caracteriza um SUG, pela índole das diversas situações que surgem, exige uma adequada gestão de stress e uma prática de enfermagem de urgência antecipatória, com avaliações constantes, tomada de decisões rápidas aliadas ao pensamento crítico e conhecimentos mais robustos. Outro dos contextos onde desenvolvi mais conhecimentos e competências na abordagem à PSC foi na sala de reanimação, onde assumi a figura de elemento responsável neste setor. Neste contexto deparei-me com situações urgentes e emergentes, pautada por movimentação múltipla de pessoas, requerendo de mim conhecimentos de suporte avançado de vida (SAV), metodologia ABCDE (*A - airway, B - breathing, C - circulation, D – disability, E- exposure*), avaliação, estabilização e ressuscitação da PSC, traçados cardíacos, emergências respiratórias, transporte intra e inter-hospitalar da PSC, Via Verde Acidente Vascular Cerebral e Via Verde Coronária. Face ao exposto, desenvolvi uma conduta preventiva nas situações mais inesperadas, evidenciando capacidade de atendimento imediato, executando cuidados técnicos de elevada complexidade e de gestão de prioridades muitas vezes motivadas pelas admissões contínuas.

O SUG tem em vigor um protocolo em situação de catástrofe e no decorrer do meu tempo profissional tive oportunidade de participar ativamente num simulacro, permitindo-me simular ativações do plano de catástrofe, preparando-me, em conjunto com vários profissionais deste contexto, para enfrentar um possível evento futuro catastrófico.

Neste contexto onde exerci funções, deparei-me também com o cenário da pandemia pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Neste período, fui um elemento ativo na construção e organização dos circuitos respiratórios da pessoa com o diagnóstico de SARS-CoV-2, na garantia de um ambiente seguro, na revisão e adequação de normas. Procurei de uma forma permanente atualizar os meus conhecimentos no domínio dos programas de controlo de infeção com os elementos que trabalham em articulação com o Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e

Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), assistindo a formações nesta área, contribuindo para o cumprimento de normas em vigor.

O SUG caracteriza-se por ser uma porta aberta à comunidade, onde muitas das pessoas que recorrem ao mesmo permanecem num curto ou longo período, dependendo da sua situação clínica, exigindo por vezes prestação de cuidados em ambiente de ambulatório (Balcões Gerais, Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Inalatórios ou Sala de Reanimação) ou em internamento em ambiente de urgência, no Serviço de Observação e na Unidade de Internamento Polivalente de Agudos. Dado o elevado número de admissões diárias no SUG, foi necessário um cuidado redobrado relativo ao controlo de infeção. Deparei-me com múltiplos isolamentos de transmissão por via aérea, por gotículas e por contacto e simultaneamente com pessoas sem qualquer infeção identificada, pelo que houve uma maior assunção de responsabilidade no controlo da infeção cruzada entre as pessoas a meu cuidado e entre os profissionais, no ensino contínuo de medidas preventivas.

Apesar da dinâmica existente neste contexto, não foi descurada a família como alvo da prestação de cuidados. Foi através da relação terapêutica estabelecida com a PSC e os familiares que comuniquei eficazmente os ensinamentos inerentes à alta hospitalar, transmissão de más notícias, gestão da ansiedade e medo vivenciado decorrente da situação crítica, prevenindo riscos e complicações.

Tive igualmente oportunidade de pertencer a uma equipa restrita na Unidade de Internamento Polivalente de Agudos, com vagas atribuídas a pessoas com necessidade de ventilação invasiva e não invasiva, e com cuidados diferenciados e de alta complexidade. Colaborei também no processo de integração de alguns enfermeiros, evidenciando o conhecimento e domínio acerca das dinâmicas, normas vigentes e procedimentos a adotar neste contexto particular.

A prestação de cuidados no SUG, permitiu-me mobilizar diversos conhecimentos teórico-práticos e o desenvolvimento de competências específicas do EE em Enfermagem à PSC que possibilitou a prestação de cuidados de forma adequada, segura, eficiente e de qualidade. Apesar da experiência profissional representar um marco importante nas competências alcançadas, reconheci a necessidade integrar novos conhecimentos teóricos e práticos, com formação acrescida. Atendendo à ambição profissional na procura incessante de atualizar conhecimentos, sedimentou-se a vontade de ser diferenciada na área de Enfermagem à PSC, transparecendo-se na inscrição no CME. Neste último semestre do mesmo insere-se o EFR, na qual o guia de orientação da UC correspondente, define como um dos objetivos a elaboração de um projeto de estágio (Rabiais et al., 2023). A realização

de um projeto de estágio serviu como linha orientadora na construção meu percurso acadêmico, suscitando uma reflexão crítica contínua acerca dos meus interesses, motivação, objetivos e na edificação das principais atividades a realizar, com o intuito de tornar o meu desempenho o mais enriquecedor e profícuo possível. Dado que escolhi realizar dois estágios em cuidados intensivos, para além de delinear os objetivos específicos para cada estágio, elaborei um objetivo geral e transversal: Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC e a sua família, em contexto de cuidados intensivos.

Este capítulo consagra a análise reflexiva do conjunto de vivências/experiências de ambos os estágios realizados, que tiveram como intuito principal a aquisição de competências de mestre e das competências comuns e específicas do EE na área de Enfermagem à PSC. Este encontra-se dividido pelos subcapítulos de: Competências Comuns do EE e Competências Específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de EE, depreende que, para além da verificação das competências anunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade, o desenvolvimento de um conjunto de competências comuns, aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde (OE, 2019a). De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, definem-se como competências comuns como as “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a, p. 4745). As mesmas encontram-se divididas por quatro domínios de competências, sendo as seguintes: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Posto isto, decidi dividir o presente capítulo nos quatro domínios supramencionados, pelo que irei analisá-los individualmente, articulando com as experiências mais significativas que me facultaram o maior conjunto de aprendizagens, permitindo-me demonstrar a efetividade das competências desenvolvidas.

3.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O EOE e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) foram a base integrante de todos os momentos da minha prestação de cuidados neste percurso. A Deontologia Profissional constitui-se como um instrumento orientador imprescindível na procura do melhor agir profissional diário, fundamentando os atos e decisões dos enfermeiros (OE, 2015b).

A prática profissional deve ter como base primordial as normas legais, princípios éticos e deontológicos, na demonstração de um exercício seguro. Experimentei vivências no âmbito dos estágios que me suscitaram dilemas, implicando uma permanente reflexão diária com as enfermeiras orientadoras, como elementos de referência e peritas na área de Enfermagem à PSC, sendo que recorri às normas legais que norteiam a profissão e que, consequentemente, suportaram o processo de tomada de decisão.

Dada as dinâmicas complexas que caracterizam uma UCI, existe uma forte ameaça e desafio no foco dos princípios éticos fundamentais. São locais que colocam em causa o respeito e a dignidade da PSC e, por conseguinte, se sobrepõem substancialmente à desumanização, dificultando o controlo dos fatores de exposição corporal, considerada uma condição de stress com impacto no seu conforto (Brown et al., 2018; Pipulim & Sawada, 2005).

Perante a realização dos estágios em ambiente de cuidados intensivos foram várias as situações que prestei cuidados a pessoas em situações de maior vulnerabilidade, em processos de doença complexa de doença crítica e falência orgânica, intubados orotraquealmente, sedados, ou até com *delirium*, que, por sua vez, apresentaram-se impossibilitados de decidir por si. Toda esta realidade no decurso do cuidado à PSC primou pela garantia de uma tomada de decisão segura e responsável com especial rigor no respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais, tendo em vista os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia (OE, 2015a).

A UCIIO é uma unidade com uma estrutura física ampla, em *open space*, com uma disposição em retângulo. Este formato, de acordo com as recomendações técnicas para a unidade de internamento, devem ser evitadas (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011), constituindo um obstáculo à privacidade da pessoa, à gestão do ruído e de maior risco de infeção cruzada, comprometendo o seu ambiente terapêutico. Estas questões remeteram-me para reflexões éticas sobre o agir profissional, motivando o meu agir na procura de implementação de medidas de melhoria, como por exemplo no reforço do uso

de cortinas e biombo, mesmo nas circunstâncias de admissão de pessoas, momentos esses sujeitos a maior tensão e agitação.

A UCIIO não apresenta uma sala efetiva de enfermagem, sendo que o momento da passagem de turno, é realizada num espaço mais distal do serviço, próximo da unidade das pessoas internadas. Surge como problema ético inerente a esta prática na UCIIO, o dever do sigilo profissional. Segundo Deodato, problema ético consiste na “existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar...” (Deodato, 2014, p. 41). O momento da transmissão de informação entre equipa ou o debate de ideias no decorrer dos turnos nestas circunstâncias, coexiste risco que a informação seja escutada, inevitavelmente, por outras pessoas que coabitem nesse local. Esta questão foi alvo de reflexão crítica por escrito no desenrolar do estágio, dado que toda a informação que é comunicada entre nós trata-se de informação confidencial, indo ao encontro do nº 1 do artigo 106º do EOE (OE, 2015b) e da subcompetência comum A2.1 do EE (OE, 2019a). Considero que a zona em *open space* da UCIIO apresente aspetos facilitadores e constrangedores dos cuidados, ainda por mais na ausência de uma sala de enfermagem, aspeto esse de nível estrutural e organizacional, incontornável, que impossibilita que exista um espaço disponível e livre para a discussão/ partilha de ideias entre a equipa de enfermagem. Tentei contornar esta cultura/rotina intrínseca imposta no serviço desde há muitos anos, na partilha das situações potencialmente comprometedoras para a PSC, fomentando a construção da discussão e, consequentemente, a reflexão com a equipa de enfermagem, com vista à resolução do problema identificado, aferindo medidas de prevenção e sugestões para melhoria futura.

De acordo com Deodato (2014), o enfermeiro procura intervenções deliberadas para a sua decisão, devendo ter como base o bem para a pessoa ao seu cuidado, traduzindo-se na garantia da vida, do bem-estar, alívio do sofrimento, do respeito pelos direitos pessoais e pela dignidade da pessoa. Assim, tal como refere o autor, assumi o meu papel profissional de proteger a PSC, permitindo-me avaliar cada situação individualmente e escolher intervenções que promovam o melhor conforto possível.

A promoção do conforto teve na base do meu agir terapêutico, seguindo como sustentação a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba, como instrumento do cuidar. Procurei identificar as necessidades de conforto e implementar intervenções centradas no contexto ambiental com a organização da unidade da PSC, proporcionando um ambiente seguro e tranquilo, conduzindo a um estado de alívio e serenidade. Segundo Kolcaba

(2003), o conforto ambiental engloba o ambiente, condições e influências externas. Trata-se assim de um aspeto indispensável das unidades de saúde para promover a função cognitiva e física, devendo os enfermeiros conceber medidas de conforto que perspetivem um resultado imediato desejado de tranquilidade e alívio a um nível psico-espiritual, alcançando o estado de conforto (Tomey & Alligood, 2004).

Como futura EE promovi uma prática em conformidade com a alínea c) do artigo 109º do EOE, onde é referido que o enfermeiro procura a excelência do exercício em todo o ato profissional desempenhado (OE, 2015b), onde assumi o dever de atualizar os meus conhecimentos, no sentido de otimizar e melhorar a qualidade dos cuidados que presto. Da mesma maneira, integrei conhecimentos, desenvolvi soluções, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam dessas soluções, tal como descritas nas competências de mestre (Presidência do Conselho de Ministros, 2018), em concordância com a competência de EE em questão.

3.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), a qualidade em saúde tem-se revelado uma preocupação mantida das políticas de saúde, tal como evidencia o Plano Nacional de Saúde, que a incorpora como uma prioridade num dos seus eixos estratégicos (DGS, 2021). A qualidade em saúde está relacionada com a prática de enfermagem, como se comprova no Regulamento das competências do EE e nos vários documentos reguladores da profissão. Define-se qualidade em saúde como uma tarefa multiprofissional, e é sobejamente conhecido que “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2001, p. 6). Os padrões de qualidade em enfermagem configuram-se como referência fundamental no desempenho dos enfermeiros, onde se estabelece a base profissional do agir, considerando-se padrão como aferidor de excelência (Martins et al., 2016). Neste âmbito, o enfermeiro EE deve ser capaz de agir em conformidade com os padrões de excelência, assumindo um papel crucial na implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2017).

A qualidade e a segurança têm-se pronunciado como complementares na área de saúde, sendo que, a falta de segurança não só compromete a vida das pessoas de quem cuidamos, como também mete em causa as organizações e o trabalho dos profissionais de saúde (Azevedo et al., 2020).

Na UCIIO, um dos objetivos específicos que delineei no projeto de estágio, foi desenvolver competências relativas à segurança do medicamento. De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) (2015-2020) (Ministério da Saúde, 2015), enquadrado no despacho nº1400-A/2015, assoma-se um objetivo, aumentar a segurança na utilização da medicação. Destacar ainda que o PNSD (2021-2026) mantém como objetivo principal consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde. Neste plano, o objetivo estratégico 5.1, reforça a necessidade de implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2021).

Fui capaz de reconhecer a necessidade de identificação inequívoca do medicamento e a inexistência de destaque de diferenciação de fármacos na zona de stock de fármacos, constituindo-se um aspeto nomeado por mim a ser alvo de mudança. A preparação e administração terapêutica assume uma importância major, no entanto, em ambiente de UCI, dada as terapêuticas complexas, com recurso a medicamentos de alerta máximo persistente, adquire-se um risco aumentado de provocar dano à PSC, se não forem adquiridas as precauções devidas de segurança. Os medicamentos de alerta máximo “são aqueles que possuem risco aumentado de provocar dano significativo ao pessoa em consequência de falhas no seu processo de utilização” (DGS, 2015, p. 4). Os eventos adversos são considerados importantes indicadores de resultado da qualidade dos serviços de saúde e na assistência prestada, sendo observados frequentemente esses eventos na prática, principalmente os que estão efetivamente relacionados com erros na medicação (Silva & Santana, 2018). A ausência de mecanismos que minimizam o erro antes de alcançar a PSC é uma das razões para o elevado número de erros hospitalares (Silva & Santana, 2018). Esta área é responsável pelos elevados custos financeiros para os países e organizações passíveis de ser evitados, que com a mudança organizacional e comportamental de todos os envolvidos, poderemos promover um ambiente terapêutico seguro e diminuir a prevalência de incidentes (Azevedo et al., 2020). Na UCIIO existem diversos medicamentos com o nome foneticamente semelhante ou também com embalagens idênticas, os chamados medicamentos *look-alike and sound-alike* (LASA). Os medicamentos LASA descrevem-se como “medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos” (DGS, 2014b, p. 3). Portanto, propôs-me a colaborar num programa de melhoria da qualidade, rotulando todo o stock terapêutico, com recurso à Norma 020/2014, de 30/12/2014 dos medicamentos LASA (DGS, 2014b) e da Norma

014/2015, de 06/08/2015, dos medicamentos de alerta máximo (DGS, 2015), ambas da DGS. Para tal, recorri à metodologia *Tall man lettering*, que corresponde a um “método em que se recorre à inserção seletiva de letras maiúsculas no meio das denominações de medicamentos ortograficamente semelhantes para a sua diferenciação” (DGS, 2014b, p. 3), tornando-se fundamental para organizar metodicamente toda a medicação, e assim, ser de fácil acesso. Portanto, identifiquei os medicamentos LASA e os medicamentos de alerta máximo, com parametrização de alertas em conjunto com as indicações estabelecidas pela instituição, diferenciando os medicamentos por cores associado à sua categoria ou por simbologia diferenciada (APÊNDICE II). Para além do referido, na preparação e administração que exigem uma atenção mais rigorosa, procurei zelar pela boa prática pelo uso de estratégias que promovam a segurança na preparação e administração da medicação, certificando-me que a mesma se encontrava devidamente armazenada e garantido os dez certos na administração terapêutica (Silva & Santana, 2018). Foram também cumpridas as medidas de dupla verificação tanto no uso dos medicamentos de alerta máximo como nas transfusões sanguíneas a serem administradas.

Como futura EE, foquei-me em desenvolver práticas seguras, seguindo detalhadamente as orientações existentes, desenvolvi estratégias de forma a evitar possíveis erros na preparação do medicamento, aumentando a segurança e contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados. Importa mencionar que todo este processo de alteração de rotulagem de medicamentos foi discutido previamente com a enfermeira orientadora, a enfermeira chefe da UCIIO e com os serviços farmacêuticos da instituição.

Ao longo dos estágios senti necessidade de mobilizar conhecimentos adquiridos no âmbito da experiência profissional e académica, assim, procurei conhecer os protocolos e as normas que as UCI's se baseavam, através do Portal do Colaborador, no sentido de agir em concordância com as boas práticas de qualidade. Porém, tenho consciência que os referidos protocolos e normas são instrumentos orientadores que uniformizam as práticas de cuidados, constituindo-se como auxiliares na tomada de decisão, mas não devem ser estanques, pelo que o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistemática, na qual incorpora os resultados de investigação na sua prática, devendo tido em conta a experiência e o juízo clínico do enfermeiro à situação vivenciada (OE, 2012).

Ainda relativamente à segurança nos cuidados de saúde, o PNSD (2021-2026) incorpora também a segurança na comunicação no Pilar 3, que tem como um dos objetivos estratégicos 3.2, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados

(Ministério da Saúde, 2021). De acordo com o PNSD, a comunicação efetiva é fundamental em qualquer momento do cuidar, especialmente nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais (Ministério da Saúde, 2021). Neste domínio, surge a Norma nº001/2017, de 08/02/2017, emitida pela DGS (DGS, 2017b), relativa à comunicação eficaz na transição dos cuidados, que faz referência à técnica ISBAR, tratando-se de uma ferramenta para situações de transição de cuidados, que padroniza a comunicação em saúde e promove a segurança da pessoa. Esta técnica é utilizada para memorizar construções complexas para serem utilizadas na transmissão verbal, correspondendo a: I – Identificação; S – Situação Atual; B – *Background* (Antecedentes); A – Avaliação; R – Recomendações (DGS, 2017b).

A UCIIO dispunha de uma folha preconizada para o momento da transferência de informação, utilizando a técnica ISBAR, em fase de adaptação pelos profissionais há cerca de dois meses. A utilização da mesma tem representado uma aprendizagem constante acerca da importância que assume na comunicação eficaz e na garantia do ambiente seguro, ao reduzir o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde. Na UCIP não era utilizado nenhum documento de transferência de informação, tendo me sido referido que existia um projeto nesse âmbito, na utilização da mnemónica ISBAR, em desenvolvimento na unidade. Apesar da inexistência de uma folha de passagem de turno neste serviço, incorporei na minha prática diária a técnica de ISBAR e, durante os estágios, foi salvaguardado a continuidade dos cuidados por uma maior assunção de capacidade de transmissão de informação na área da especialidade. Procurei também pautar por registos de enfermagem completos, rigorosos e personalizados que transparecessem o meu plano de enfermagem na área da especialidade, embora tenha sido um desafio a aplicação informática *PatientCare* na UCIP, a qual não tinha tido contacto prévio no percurso profissional.

Paralelamente, identifiquei duas áreas com necessidade formativa e, de igual modo, como oportunidade de melhoria contínua nos campos de estágio. Visto que a área formativa poderá ser integrada nesta competência e relaciona-se com a competência comum do EE D2, correspondente ao subcapítulo 3.1.4., irei abordar o desenvolvimento das sessões mais adiante.

Por conseguinte, demonstrei reflexões importantes no processo de tomada de decisão, tendo em conta os padrões de qualidade que orientam a profissão, baseando a minha intervenção na mais atual e fiel evidência científica. Concluo que, adotei uma

prática segura e responsável, com a implementação de métodos de organização de trabalho de boas práticas, ao reduzir a probabilidade de erro humano.

3.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

Neste domínio, o EE realiza a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando as respostas da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, e deve ainda adaptar a liderança e a gestão dos recursos ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019a).

No decorrer do percurso académico, permiti-me adotar uma atitude reflexiva no que concerne às dinâmicas de trabalho dos serviços. Apesar de já conhecer os métodos de trabalho da UCIIO em contexto de enfermeira generalista, procurei agora em estágio de natureza profissional e como futura EE conhecer a responsabilidade e a organização de trabalho, bem como todo o processo de gestão presente no serviço. A minha integração na equipa multidisciplinar da UCIP foi muito facilitado pela enfermeira orientadora, no sentido de proporcionar todas as aprendizagens necessárias. Inicialmente inteirei-me da metodologia de trabalho e protocolos existentes, permitindo-me colaborar gradualmente na tomada de decisão em equipa, na procura de comportamentos de entreajuda e de habilidades interpessoais no debate de ideias e partilha de conhecimentos, propicio à prestação de cuidados individualizado.

A área de gestão em UCI acarreta uma enorme assunção de tarefas, com a necessidade contínua de adequar os recursos às necessidades de cuidados, bem como cultivar um ambiente de equipa saudável, com o propósito de favorecer uma resposta diferenciada dos profissionais. Considero que a área de gestão exige experiência, habilidades, conhecimentos e capacidade de prática reflexiva constante em prol da proatividade e eficiência da equipa. A liderança em enfermagem pauta-se pela criação e manutenção de um ambiente positivo, em que os estilos de liderança focados nas pessoas, contribuem fortemente para a melhoria dos resultados, da produtividade e efetividade das instituições de saúde (Oliveira et al., 2021) Tanto na UCIIO como na UCIP, o estilo de liderança adotado é transformacional. O líder delega poder, é carismático, é criativo, é alvo de inspiração pela equipa e motiva o seu desempenho para além das suas expectativas, pela sua capacidade de influenciar atitudes e comportamentos (Oliveira et al., 2021). Em ambos os locais existe uma relação motivacional proporcionada pelo estilo de liderança adotado, fomentado por uma relação de confiança, através da valorização das capacidades dos

intervenientes, dada a complexidade de situações que surjam, adequando os comportamentos entre a equipa.

As competências da área de gestão em enfermagem exigem ser trabalhadas ao longo do percurso formativo através da aproximação entre o conhecimento teórico e a prática, visando a instrumentalizá-lo para o desenvolvimento da liderança, trabalho em equipa, tomada de decisão, relacionamento interpessoal, planeamento e organização, que se revestem ser atributos essenciais à gestão do cuidado em enfermagem (Mororó et al., 2017). Na UCHIO, a enfermeira orientadora é um elemento que assume funções de responsável de turno e, paralelamente, assume também funções na prestação de cuidados. Verifiquei a responsabilidade inerente ao papel, em supervisionar e coordenar a equipa no decorrer de cada turno, articulando-se com outros serviços se necessário (como pedidos à farmácia, à informática ou ao laboratório, ou até na gestão de camas), gerindo todas as intercorrências e colaborando na resolução rápida dos problemas. Na UCIP, num dos turnos, estive em observação-participante à gestão com o enfermeiro gestor da unidade, onde me possibilitou compreender toda a dinâmica do trabalho de gestão. Numa fase mais avançada do meu estágio na UCIP, presenciei a reabertura de vagas de seis para oito camas, pelo que nesse turno tive oportunidade de colaborar em toda a organização inerente. Tanto a nível de recursos humanos, na efetivação do horário de trabalho dos enfermeiros e dos técnicos auxiliares de saúde, através da aplicação *Sisqual*, como também de material e equipamento, de forma a poder admitir as pessoas com segurança. Outra ressalva que pude constatar foi que, a liderança assume um componente essencial da gestão, e uma das capacidades que deve estar devidamente aprimorada é a capacidade de comunicação, compreendida como base para o êxito da liderança (Mororó et al., 2017). Dado este facto, verifiquei que a metodologia de trabalho adotada pelo enfermeiro gestor é de assistir à passagem de turno da equipa de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde, com o intuito de comunicar com os vários elementos constituintes da equipa e compreender se existe uma boa coesão de trabalho ou algum conflito existencial. Por conseguinte, do que aprendi com o enfermeiro gestor perito, foi efetivamente que os conflitos entre equipa são inevitáveis, visto que interagimos diariamente uns com os outros, mas que a adoção de diálogo, pautada por atitudes de imparcialidade e escuta ativa, configura-se como um pilar de sustentação da liderança. A comunicação é uma ferramenta eficiente, capaz de gerir conflitos através do entendimento de todas as partes, que impulsiona processos de mudança, potencializa o trabalho, permitindo alcançar os objetivos em comum entre equipa (Martins et al., 2019).

Assim, pude constatar a importância desta área, com relevância na tomada de decisão, que requer não só capacidade de identificação de problemas, como também requer do profissional capacidade de resposta, na seleção de alternativas que alcancem os melhores resultados para a pessoa (Mororó et al., 2017).

Relativamente à adequação de recursos às necessidades de cuidados, adotei um espírito reflexivo na gestão dos recursos existentes, com a premissa na correta racionalização dos recursos, implementando métodos de trabalho apropriados à realidade presente e no estabelecimento de medidas que incentivassem a qualidade de cuidados na mesma proporção.

Não poderia deixar de mencionar que para a aquisição desta competência foi necessário mobilizar os conhecimentos adquiridos na UC de Gestão de Serviços de Enfermagem e de Supervisão de Cuidados que se revelaram como elementos norteadores para a promoção de um exercício mais seguro e competente. Neste sentido, foi possível, nos estágios, aprofundar conhecimentos na área de gestão, ao reconhecer os diferentes papéis de cada interveniente no local de estágio; observar a liderança das equipas; colaborar na rentabilização de recursos; estabelecer relações com a equipa multidisciplinar, na qual a adoção de uma postura assertiva, adequada e disponível revelou ser um elemento-chave na participação nos processos de tomada de decisão.

3.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Existem dois conceitos distintos inseridos neste domínio de competência que devem ser clarificados: o autoconhecimento e a assertividade. O autoconhecimento é o conhecimento de nós próprios enquanto pessoa, é um processo dinâmico de introspeção e de compreensão das nossas próprias crenças, pensamentos, motivações, sentimentos e comportamentos. É um processo demorado, que se inicia com o reconhecimento dos nossos pontos fortes e limitações pessoais e, através de esforços conscientes de mudança, conseguimos desenvolver um ambiente terapêutico favorável (Rasheed, 2015). A assertividade assume-se como a capacidade de se expressar, “(...) de forma honesta e aberta, as suas emoções, opiniões e pensamentos sem que esta expressão limite os direitos da outra pessoa” (Santa-Cruz et al., 2021, p. 11). O presente domínio de competência foi progressivamente desenvolvido numa esfera temporal compreendida entre o primeiro ano do CME com as diversas aulas teóricas com exposição de diversos casos clínicos, até à fase final da UC EFR, tendo como intermediários as reflexões individuais realizadas, o

raciocínio crítico demonstrado no desenrolar dos estágios e os momentos de avaliação, que proporcionaram fortes momentos de autorreflexão.

Neste sentido, o desenvolvimento de ambas as competências foi devidamente alcançado, tendo procurado consciencializar-me de como as minhas ações, limitações pessoais poderão afetar a relação terapêutica e profissional na relação com o Outro. A autorreflexão foi uma prática concomitante nos estágios realizados, num processo contínuo, com a tomada de consciência do “Eu”, através do confronto com experiências novas e práticas que me permitiu adequar o meu comportamento e atitudes que melhorassem o meu desempenho, no sentido de me desenvolver melhor enquanto pessoa e profissional. Apesar de ter experiência de cinco anos de urgência, estando atualmente a exercer funções na área de cuidados intensivos e após ter realizado ambos os estágios nessa valência, mesmo que tenham em comum os cuidados à PSC, constitui-se um desafio diário em desenvolver e potencializar o autoconhecimento e a consciencialização. Neste sentido, foram várias as situações complexas vivenciadas em ambiente formativo, em que foi necessário manter uma conduta de investimento contínuo no estudo teórico-prático que me capacitaram na prestação de cuidados de qualidade em ambos os estágios. Esta solidificação de conhecimentos conduziu a uma maior compreensão, agindo assim em concordância com a primeira competência de mestre (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Posso afirmar que um dos traços que me caracteriza é a proatividade, na atitude de interesse e na avidez em atualizar-me de forma a sustentar a minha prática clínica na melhor evidência disponível, constituindo-se como alicerces fundamentais para reconhecer áreas plausíveis de melhoria e das quais me sentia menos segura. Foi demonstrado por mim o autoconhecimento quando solicitei que me fossem atribuídas pessoas com síndrome de dificuldade respiratória aguda, em decúbito ventral, pouco conhecido por mim na minha prática profissional. Foi uma realidade bastante presente no estágio da UCIP, que exigiu de mim conhecimentos da fisiopatologia do sistema respiratório, modalidades ventilatórias e nos cuidados preventivos das úlceras por pressão, decorrentes do posicionamento descrito. Decorrente do meu investimento no estudo e com base na evidência científica, procurei saber o valor da relação PaO_2/FiO_2 de uma PSC em decúbito ventral. A PaO_2/FiO_2 corresponde a um rácio entre a pressão parcial de oxigénio no sangue arterial (PaO_2) e a fração de oxigénio no ar inspirado (FiO_2), sendo a gravidade desse défice de oxigenação classificada em três categorias: ligeiro (<300 mmHg), moderado ($200-300$ mmHg) e grave (<200 mmHg) (Ponce & Mendes, 2015). Pude simultaneamente demonstrar os meus

conhecimentos e ser facilitadora de aprendizagem para a enfermeira orientadora, que desconhecia este rácio, permitindo assim formular diagnósticos de enfermagem e um plano de cuidados mais individualizado, avaliando os benefícios do uso deste decúbito.

Na UCIIO, paralelamente à sessão formativa, desempenhei um papel ativo que favorecesse a aprendizagem, visto que, como já descrito, existia um elevado número de enfermeiros jovens na equipa de enfermagem, com necessidade que fosse proporcionado novos conhecimentos atuais e pertinentes. Assim sendo, predispôs a mudanças positivas no seio da equipa, como por exemplo em ensinar quais os fármacos de sequência rápida de intubação orotraqueal (IOT), como também o seu modo de preparação.

Outra das atividades que contribuíram para o desenvolvimento deste domínio de competência foi a identificação da pertinência de sessões formativas, compreendida à luz do nº6 do artigo 9º do Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril, do REPE (OE, 2015c) e da competência comum do EE D2 (OE, 2019a). A área da prevenção e gestão do *delirium* na UCIIO foi destacada como necessidade formativa, como uma área de lacuna do meu conhecimento e, paralelamente, permitiu-me desenvolver o trabalho de investigação em epígrafe, centrando-se assim num dos meus objetivos para o referido estágio. A elaboração e a concretização de um plano de sessão foi uma das atividades delineada numa fase muito inicial do estágio, pelo que foi discutido continuamente com a enfermeira gestora e a enfermeira orientadora qual a melhor abordagem na organização do plano de sessão. Trata-se de um fenómeno pouco abordado na UCIIO e duma realidade frequente em UCI, de difícil gestão após o seu diagnóstico. Foi divulgada a formação intitulada de “Gestão do *Delirium*” com antecedência e aferidos cerca de quarenta minutos para a mesmo, de modo a ser capaz de expor com tempo o conteúdo programado (APÊNDICE III e IV).

Sabia previamente que a escala de avaliação de sedação utilizada na UCIIO era a Escala de Ramsay, por se tratar de uma prática já incutida no serviço e era a que se encontrava inserida no programa informático (*B-Simple*). Ao planear a formação decidi, primeiramente, distinguir duas escalas, a RASS e a Escala de Ramsay, fundamentando com a pesquisa bibliográfica o motivo da utilização de uma em detrimento de outra. Sabia que, de acordo com a evidência, a escala Ramsay possuía algumas limitações quanto a avaliação da agitação e inquietação, fornecendo três níveis de “acordado” (*score* 1-3) e três níveis de “adormecido” (*score* 4-6), pontuando apenas um nível para a inquietação, agitação e ansiedade (*score* 1) (Rasheed et al., 2018; Waldmann, 2010). A Escala RASS tem um conjunto de pontuações clinicamente relevantes para monitorizar a sedação e a agitação, avalia em dez pontos que vai de +4 (combativo) a -5 (não desperto) (Waldmann,

2010), tornando-se a mais adequada para compreender ambos os estados e útil para uma melhor avaliação do *delirium* em UCI (Rasheed et al., 2018). A RASS pode ser utilizada em todas as pessoas internadas, do foro médico, cirúrgico, com ou sem VMI, sedadas e não sedadas (Rasheed et al., 2018; Waldmann, 2010). Assim, na sessão formativa apresentei ambas as escalas e comparei-as, permitindo que os participantes compreendessem a sua distinção. Dado que a equipa médica utiliza esta escala e, tendo em conta que é a escala mais fiável para avaliação da sedação, decidi incluí-la na formação. Porém, a outra razão prendeu-se pelo facto de querer implementar a escala CAM-ICU e a sua utilização depende, numa primeira instância, da aplicação da RASS. A escala CAM-ICU é recomendada pelas *guidelines*, apresentando forte sensibilidade (Devlin et al., 2018), tratando-se de um instrumento traduzido para português, válido, fiável e sensível para o diagnóstico do *delirium* à PSC internada em UCI (Mariz et al., 2022). A sua utilização só é possível se a pessoa se encontrar despertável à voz (mínimo de *score* -3 na RASS) (Ely et al., 2016). Antes de qualquer intervenção a nível formativo, senti que deveria adquirir conhecimentos na aplicação da escala CAM-ICU, visto ser uma escala desconhecida para mim, nunca utilizada na minha prática clínica. Surgiram-me dúvidas ao longo desta aprendizagem, sendo este processo exigente no cuidado e rigor no estudo decorrente da temática, onde senti necessidade de questionar diretamente o *Critical Illness, Brain dysfunction and Survivorship Center*, responsáveis pelas diretrizes de aplicação da escala, possibilitando-me usá-la e explicá-la de uma forma assertiva e segura. No momento da sessão procurei ser clara na explicação da escala e, simultaneamente, complementei com a distribuição da escala (impressa) pelos participantes e, posteriormente, com um vídeo demonstrativo, com o objetivo de poderem interpretar e compreender todos os passos inerentes. Concomitantemente, no decurso do primeiro estágio, encontrava-me numa fase inicial de desenvolvimento da *scoping review*, onde pude dar ênfase a alguns resultados já obtidos da mesma. A presente formação objetivou não só a necessidade de implementar a escala CAM-ICU, como também a divulgação das *guidelines* relacionadas com a PADIS, englobando a *Bundle ABCDEF* (*Assess, Prevent, and Manage Pain; Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials; Choice of analgesia and sedation; Assess, Prevent, and Manage Delirium; Early mobility; Family engagement*) com forte evidência na promoção do bem-estar e ambiente seguro da PSC (Balas et al., 2012; Devlin et al., 2018; Faria & Moreno, 2013). No final da formação surgiu um momento de discussão e reflexão conjunta quanto à escala CAM-ICU e a pertinência do tema para a nossa prática diária. No final da sessão foi disponibilizado um questionário de avaliação da

formação que traduziu mais uma vez a importância dada ao tema e a vontade conjunta de instituir a escala descrita (APÊNDICE V). Trata-se de um projeto ainda não desenvolvido no serviço, ao qual pretendi dar início e, futuramente, enquanto profissional a exercer funções na UCIIO, desejo dar continuidade.

No terceiro turno do estágio na UCIP, após refletir acerca dos cuidados que prestei à pessoa em morte cerebral, identifiquei como uma área merecedora de aprendizagem e delineei como um dos objetivos desse estágio. Apostei numa atitude de interesse e investimento contínuo no estudo em compreender toda organização existente quanto ao enquadramento legal, rede nacional de coordenação de colheita e transplantação, avaliação geral do potencial dador de órgãos, fisiopatologia da morte cerebral, cuidados de enfermagem na manutenção do dador de órgãos e suporte e acolhimento à sua família. As principais aprendizagens serão explanadas no seguinte subcapítulo 3.2.1., na competência específica do EE na área de Enfermagem à PSC. Visto que tive vários momentos de aprendizagem ao prestar cuidados à pessoa potencial dadora de órgão, decidi desafiar-me em sensibilizar a equipa para a temática, atuando novamente como formadora oportuna. Em debate com a enfermeira orientadora, verifiquei que as oportunidades de aprendizagem referentes à tipologia de pessoas internadas na UCIP em Morte Cerebral, não teriam sido similares entre toda a equipa de enfermagem, existindo elementos mais recentes que manifestaram necessidade de incorporar novos conhecimentos neste domínio. Deste modo, identifiquei como uma área que carecia de abordagem em contexto formativo, propondo-me a realizar um plano de formação intitulado de “Morte Cerebral e os Cuidados de Enfermagem”. Aferi inicialmente a data com o enfermeiro gestor e seguidamente divulguei a formação através de um plano de sessão (APÊNDICE VI). Pude, de igual modo, coadunar as aprendizagens que obtive no decurso do estágio ao consultar a evidência, com a dinamização de conhecimento para os enfermeiros presentes, através de uma sessão de formação em cerca de trinta minutos (APÊNDICE VII). No final de sessão, o *feedback* e avaliação da sessão formativa fornecido pelos participantes foi de agradecimento por ter decidido escolher esta temática tão pertinente, conseguindo redimensionar de forma exímia e sucinta o papel do enfermeiro na adequação de um plano de enfermagem individualizado à área em questão (APÊNDICE VIII).

Como descrito, transversalmente ao estágio, integrei um grupo de investigação com uma colega do mestrado e dois docentes orientadores, estabelecendo-se realizar uma *scoping review* intitulada de “Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* na pessoa adulta e idosa em situação crítica”. No decorrer do

estágio na UCIP foi disseminado o trabalho supracitado em formato de póster no “VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social”, organizado pela Escola de Enfermagem de Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa, no dia 24 de novembro de 2023 (APÊNDICE IX e ANEXO I). Pude assim investigar e colaborar num estudo de investigação, atuando como dinamizadora e gestora da incorporação de conhecimento novo, na divulgação dos resultados provenientes da evidência, no desenvolvimento da prática clínica especializada (OE, 2019a); e tornei-me capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, a especialistas e não especialistas, de forma perceptível e sem ambiguidades (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

A inter-relação entre a teoria e a prática é determinante para que ocorra o processo formativo de forma linear e completa (Moreira & Ferreira, 2014), neste sentido, assisti a duas formações no decorrer do estágio (ANEXO II). A primeira foi na UCIIO, no dia 11 de setembro de 2023, com o tema de SAV e *debriefing*. O *debriefing* consiste numa prática de discussão em grupo sobre a partilha do desempenho da experiência ocorrida, potencializando a aprendizagem através do processo reflexivo (Kam et al., 2022). Foi uma formação que permitiu consolidar conhecimentos relativamente ao algoritmo do SAV e foi, essencialmente, um momento de reflexão em equipa sobre a relevância de identificar pontos de melhoria de atuação, na adoção de comportamentos corretivos, objetivando principalmente o desenvolvimento do autoconhecimento, assertividade e a melhoria de ambientes de trabalho mais seguros. No dia 9 e 10 de novembro de 2023 pude também participar nas “VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva. Ressuscitação – Objetivos para o Doente Crítico”, com debates múltiplos nas diversas temáticas concordantes com a área da especialidade em questão, com as quais experienciei em campos de estágio, como por exemplo a hipertensão intracraniana, técnicas de substituição renal ou até o *delirium*, promovendo melhoria de práticas e promovendo a aprendizagem contínua.

Elucido que, neste percurso académico, houve uma mobilização de conhecimentos já adquiridos previamente em contexto profissional, que me beneficiou nas atitudes adotadas e nos processos de tomada de decisão, alicerçada no EOE, no REPE e princípios éticos, já descritos anteriormente. Os cuidados de enfermagem direcionados à PSC possuem na sua génese similaridades, porém apresentam particularidades distintas nos diversos contextos clínicos, assim, é pretendido que o enfermeiro desenvolva um juízo complexo a cada um dos desafios que confronta, conduzindo a uma prática reflexiva, raciocínio lógico e fundamentado. Considero que apresento características pessoais, tal

como proatividade, disponibilidade, empenho e dedicação na atualização permanente de conhecimentos, desde o início da formação acadêmica no curso de licenciatura em enfermagem até ao presente, através da frequência assídua em formações, cursos e seminários, que me conduziram a adquirir, aprofundar e aplicar os mesmos. Concomitantemente, efetuando um confronto entre o comportamento adotado nos estágios clínicos do CME, a realização das sessões formativas e a revisão da literatura, remete-me para a primeira e última competência de mestre, que convergem, dada a capacidade que o mestre deve deter de: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a nível que permita e constitua a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em contexto de investigação; e desenvolver competências, com o propósito de conduzir a novos processos de aprendizagem, de forma autónoma e auto-orientado, ao longo da vida (Presidência do Conselho de Ministros, 2018)

De seguida, segue-se o capítulo relativo às competências específicas do EE na área de Enfermagem à PSC.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362). Os cuidados de enfermagem na presente área exigem observação, colheita e sistematização de dados clínicos com a finalidade de conhecer a pessoa/família alvo de cuidados, possibilitando prever e detetar precocemente complicações e uma atuação em tempo útil e eficiente, assim como a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe (OE, 2018).

Neste sentido, este longo processo de aprendizagem foi evidenciado pela conduta de interesse em prestar cuidados diferenciados e especializados à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica através de uma avaliação diagnóstica constante, que assegurasse uma intervenção eficiente e precisa, tal como se prevê no Regulamento nº429/2018 (OE, 2018).

3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Os cuidados intensivos têm-se revelado um desafio na minha práxis, pautado pela complexidade inerente ao contexto em causa, com exigência de vários saberes e atualizações permanentes. A UCIIO caracteriza-se por ser verdadeiramente estimulante,

dado o paralelismo entre os cuidados críticos e os cuidados oncológicos. O meu percurso académico só faria sentido se embarcasse neste mundo da minha práxis atual, aliando diversas aprendizagens à aprimoração de competências, que se encontram em desenvolvimento. Na UCIIO direcionei o meu foco para a pessoa e família a vivenciar doença oncológica em fase aguda/doença crítica, manifestado muitas vezes como emergências oncológicas, relacionadas com a patologia de base ou ao seu tratamento. Assim, este contexto de estágio permitiu-me aprofundar mais conhecimentos nesta área, perspetivando uma melhor segurança e qualidade nos meus cuidados, adequando a minha abordagem nestes casos de agudização.

O ambiente de UCI é por sua vez um ambiente hostil, caracterizado pela presença de tecnologia avançada, com características peculiares a nível organizacional e estrutural, com aparelhos diferenciados, alarmes constantes, que contribui para a dinâmica geradora de stress de todos os indivíduos intervenientes no setor (Urizzi et al., 2008). Para além do descrito, a PSC apresenta-se frequentemente com a comunicação comprometida, apresentando-se como mais um fator de ansiedade, existindo uma necessidade exímia de prestar cuidados especializados na área da comunicação.

De acordo com Phaneuf (2005), a comunicação traduz-se num processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha. Transmite-se através do comportamento verbal e não-verbal, em que através desta, alcançamos a compreensão das intenções, opiniões e as emoções sentidas, permitindo criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas. A falta da capacidade de comunicar traduz-se em consequências graves para as pessoas ventiladas, como o stress, a raiva, o medo, sentimentos de impotência e de frustração (Pina et al., 2020). Segundo os enunciados descritivos dos padrões da qualidade dos enfermeiros, a relação terapêutica é um processo dinâmico de parceria que se estabelece entre o profissional e a pessoa no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (OE, 2001).

O cuidado de enfermagem em ambas as UCI's é baseado num método de trabalho individual, privilegiando a relação enfermeiro-pessoa, o que origina uma maior individualização dos cuidados e, por sua vez, uma maior satisfação da pessoa (Marquis & Huston, 2017). Não obstante, apesar da UCIIO ser o meu local de trabalho atual, identifiquei proficiências que careciam de ser desenvolvidas na abordagem à pessoa a vivenciar um processo oncológico e em situação crítica, como a comunicação e o cuidado à família, tendo sido este fator e o método de trabalho utilizado perspetivado como

benéfico no planeamento dos meus cuidados e na efetividade das relações terapêutica que estabeleci.

Em ambos os estágios constatei situações de barreira comunicacional devido à presença de tubo orotraqueal/traqueostomia ou em processos de sedação e curarização. Todavia, na UCIIO, as pessoas em pós-operatórios oncológicos críticos com alteração da imagem corporal foram recorrentes, situações de cirurgias de cabeça e pescoço, como por exemplo mandibulectomias ou de hemiglossectomias, com retalhos extensos da língua ou do rosto. Deparei-me com situações que me causaram apreensão relativamente à “desfiguração” do rosto nas cirurgias supracitadas. Contudo, demonstrei que esse impacto por mim sentido não fosse transparecido nos meus gestos ou na forma como me expressava, modulando os meus comportamentos e atitudes no sentido de proporcionar um cuidado único. Realizei planos de cuidados que visassem maximizar as suas capacidades, promovendo o bem-estar e aceitação do seu estado de saúde. Adotei estratégias na gestão da sua ansiedade e da sua insegurança desde a sua admissão, tendo por base cuidados de enfermagem que satisfizessem as necessidades de conforto, nomeadamente estratégias de comunicação eficazes, fundamental para a humanização dos cuidados (Faria et al., 2018). Estas foram utilizadas como instrumento terapêutico, permitindo conhecer a pessoa no seu contexto e ambiente, constituindo-se como vínculo para a confiança e segurança nos cuidados. Muitos dos casos que assisti de dificuldade na comunicação, deveu-se também a toda envolvimento do processo oncológico, com preocupações/estigma referente à patologia de base em conjunto com a doença crítica, com apresentação de estados emocionais alterados, por sentirem retrocesso no seu estado clínico, tal como frustração, stress, ansiedade e depressão (Al-Yahyai, et al., 2021). A presença de sentimentos de não aceitação e baixa autoestima conduz a situações de evitamento social, contribuindo para o isolamento e a diminuição da qualidade de vida (Corrigan et al., 2009). A comunicação é essencial para compreender as necessidades e preferências das pessoas, minimiza o efeito do estigma, preserva a autoestima e, por sua vez, aumenta o otimismo e o bem-estar, traduzindo-se numa recuperação mais rápida (Al-Yahyai, et al., 2021; Webb & McDonnell, 2018). Confesso que o facto de ainda usarmos máscaras neste contexto (prática presente do serviço) surgiu como um instrumento dificultador na comunicação. Nestas situações houve necessidade de mobilizar competências já adquiridas quando prestei cuidados a pessoas diagnosticadas pelo vírus SARS-CoV-2, em contexto de urgência, obrigando-me também a “comunicar com os olhos”, demonstrando maior capacidade de comunicação pelo uso da comunicação não-verbal, como foi o caso do toque

terapêutico, que surgiu como forma de reforçar o contacto mais de maior proximidade (Phaneuf, 2005). Foram implementadas diversas estratégias comunicacionais, recorrendo à utilização da comunicação aumentativa e alternativa como a escrita, gestos ou até o fornecimento de quadros com imagens ou palavras (Al-Yahyai, et al., 2021) e incentivei o seu uso, valorizando o esforço realizado. A demonstração e implementação de estratégias facilitadoras de comunicação perante a PSC foi amplamente desenvolvida, que tiveram como base a consolidação de competências, principalmente em pessoas com “barreiras à comunicação”, constituindo-se como uma pedra angular para a estabelecimento da relação terapêutica.

Face ao anteriormente exposto e, tal como demandam os padrões de qualidade e a subcompetência do EE na área de Enfermagem à PSC, procurei gerir o impacto emocional e o medo vivido pela pessoa decorrente da doença de base oncológica e da situação crítica e desenvolver processos eficazes de readaptação funcional aos problemas de saúde. Em adição, contribui para reduzir o desenvolvimento da síndrome pós internamento em cuidados intensivos, um problema real evidenciado após alta da UCI, com elevada probabilidade de diminuir a qualidade de vida e capacidade funcional (Robinson et al., 2018).

O enfermeiro de UCI desenvolve competências técnico-instrumentais diferenciadas, mas, em simultâneo, deve desenvolver competências relacionais e humanas, de forma a gerir este processo de adaptação da pessoa, como da sua família, à nova realidade da doença, a fim de aliviar o sofrimento e diminuir a ansiedade presente. Tal como descreve esta competência, para além do cuidar da PSC, o cuidado à família surge como um dos focos de intervenção do EE na área de Enfermagem à PSC. Ao longo do estágio valorizei a abordagem à família de forma holística, compreendi que a mesma deve ser percecionada não apenas como coadjuvante dos cuidados, mas sim como parte integrante.

Na UCIIO decidi também focar-me a aprimorar o cuidado à família e na transmissão de más notícias. Destaco uma situação na UCIIO, o caso da Sra. “Maria” com o diagnóstico inaugural de Leucemia Mieloide Aguda com descompensação respiratória súbita, com necessidade de VMI. Por se tratar de doença hematológica e já ter iniciado quimioterapia, encontrava-se em isolamento de proteção, num dos quartos de isolamento, associado ao Síndrome de Lise Tumoral, no entanto com um prognóstico bastante desfavorável. Tive oportunidade de realizar o acolhimento do seu esposo, o “Sr. Fernando”, e o seu filho à UCIIO, preparando-os para o cenário de forma que o impacto de toda a envolvimento do ambiente não lhe fosse tão ameaçador. Dada a complexidade da

doença descrita, envolvendo cuidados mais rigorosos no que concerne ao isolamento protetor, apenas foi acordado entre equipa multidisciplinar a visita do esposo. Na literatura encontra-se descrito *guidelines* e protocolos facilitadores na abordagem da comunicação das más notícias, funcionando como um guia prático na transmissão das más notícias e são aplicáveis às mais diversas situações. Um dos protocolos conhecidos é o protocolo de *Buckman*, que inclui seis passos, o SPIKES - *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Explore emotions, Strategy and Summary* (Chehuen Neto et al., 2013).

Na UCIIO, é maioritariamente o médico que gere a comunicação das más notícias, porém, assegurei que teria uma postura mais ativa neste campo e, juntamente com a médica e a enfermeira orientadora, utilizei este protocolo como uma ferramenta orientadora neste caso específico, revelando-se extremamente útil. A sequência de situações que vivencia, com o diagnóstico súbito e o agravamento clínico, tende a fragilizar a família, condicionando a sua capacidade de receção e de adaptação à nova realidade (Mendes, 2016). Demonstrei uma postura segura e utilizei uma comunicação empática, com um discurso claro, conciso e simples. O desenvolvimento da comunicação assertiva permitirá “(...) aumentar a eficácia dos cuidados de enfermagem no seu todo, sendo que os enfermeiros devem ser capazes de agir e falar assertivamente para puderem comunicar da melhor forma, de maneira a alcançarem essa eficácia” (Santa-Cruz et al., 2021, p. 12). Não obstante, a humanização do cuidado não se centra somente no rigor do discurso, mas também nas ações que compõem o cuidado, na manutenção da relação estabelecida com a família, que revela ter um significado maior para a sua recuperação (Mendes, 2016; Mendes, 2006). Após a entrevista familiar dirigimo-nos até ao quarto e apercebi-me que o Sr. “Fernando” não se sentia confortável em aproximar-se da esposa com receio de a magoar ou que a sua presença não seria tão benéfica, uma vez que se encontrava sedada e não poderia comunicar. Intervim de modo encorajar o diálogo, visto que os membros da família são promotores de bem-estar psicológico da pessoa, através da presença, carinho, interação e colaboração no plano de cuidados, sobretudo em situações de sedação ou IOT (Pinho, 2020). A intervenção especializada do EE na área de Enfermagem à PSC é de proporcionar o maior conforto possível para a família, pelo que sugeri se não poderia facilitar a visita do filho na antecâmara do quarto e prolongar o período da visita, intervenção essa que fez diferença no seio familiar e que promoveu a diminuição da ansiedade e da dor sentida. Demonstrei também disponibilidade para fornecer informação e atualizações regulares durante o meu turno com o propósito que se sentissem envolvidos no cuidado, seguros e com alívio na carga emocional negativa

experienciada (Mar et al., 2020; Mendes, 2018). Apesar do misto de sentimentos serem considerados aceitáveis neste período de adaptação, proporcionei acompanhamento e apoio, facilitando a exteriorização de sentimentos, tendo consciência que pode ser uma das causas de *coping* ineficaz, validando a reação emocional demonstrada. Através da comunicação com a família estabeleci uma relação terapêutica, identificando as suas necessidades, tanto a nível de necessidade de informação, esclarecimento, como de apoio emocional, e reduzi, deste modo, o risco de desenvolvimento de sentimentos de incerteza e de maior vulnerabilidade.

Relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa em morte cerebral e potencial dador de órgãos, inserido num dos meus objetivos de estágio na UCIP, exponho uma situação que vivenciei. O Sr. “Bruno”, vítima de acidente de viação, que resultou num hematoma epicraniano parieto-occipital à esquerda e hematoma subdural agudo no hemisfério esquerdo, sem indicação cirúrgica, foi admitido na UCIP.

Neste caso específico ainda aguardava a realização das segundas provas de morte cerebral, pelo que a manutenção do potencial dador deve ser realizada logo quanto possível na suspeita de morte cerebral, sendo necessário planear cuidados que visassem a estabilidade hemodinâmica, com vista a obter uma boa perfusão de órgãos e prevenção de possíveis complicações (Cavalcante et al., 2014; Freire et al., 2014). O enfermeiro ocupa uma posição privilegiada ao reconhecer os sinais característicos de morte cerebral apresentados (Cavalcante et al., 2014). Tive de ter presente a avaliação do estado de consciência, sendo o instrumento mais utilizado, a Escala de Coma de Glasgow. Nesta avaliação deve existir um cuidado mais rigoroso na verificação da resposta motora, estimulando diferentes zonas corporais e bilateralmente de forma a ter uma avaliação mais sustentada. Ao longo do estágio pude ganhar autonomia na verificação da ausência da respiração espontânea, na avaliação pupilar e hemodinâmica. Para além de adquirir conhecimentos quanto ao conjunto de condições prévias e de diagnóstico de morte cerebral, nomeadamente ausência dos reflexos do tronco cerebral, estado de coma profundo e ausência de respiração espontânea, desenvolvi conhecimentos na manutenção do potencial dador de órgãos. Após uma resposta autonômica simpática maciça o resultado é a profunda dilatação, com hipotensão grave, que poderá desencadear disfunção cardíaca e progredir para assistolia em 72h (Rech & Filho, 2007). Um dos principais focos é a normotensão, a normovolemia e a otimização do débito cardíaco a fim de garantir fluxos sanguíneos adequados para os órgãos (Garcia et al., 2015). No caso do Sr. “Bruno”, monitorizei os sinais vitais e débitos urinários de modo contínuo, na qual constatei MAP

de 60 mmHg e redução do débito urinário horário ($<0,5\text{ml/Kg/h}$). Prontifiquei em solicitar à equipa médica qual o valor tensional pretendido, de forma a manter uma adequada perfusão dos órgãos, tendo aumentado aporte de soroterapia e de seguida iniciada perfusão com vasopressor (noradrenalina). Procurei também saber o valor da pressão venosa central, que se constatava de 4 mmHg e atuei com intervenções autónomas, com hidratação via sonda gástrica no sentido de proporcionar maior aporte de volumes. Na pessoa em morte cerebral, o hipotálamo deixa de exercer a sua ação termorreguladora, com consequente hipotermia progressiva, devendo manter-se valores $> 35^{\circ}\text{C}$ (idealmente entre $36-37,5^{\circ}\text{C}$) (Garcia et al., 2015). Proporcionei também medidas de aquecimento, dado que o Sr. “Bruno” apresentava uma temperatura de 35°C , providenciando um sistema de aquecedor externo de forma a promover a normotermia. A manutenção do adequado suporte respiratório é imprescindível para o sucesso do transplante de órgãos, devendo ser utilizada uma ventilação protetora para todos os potenciais dadores de órgãos, de maneira a prevenir atelectasias e facilitar a oxigenação (Garcia et al., 2015). Avaliei parâmetros ventilatórios regularmente, mantendo níveis de saturação de oxigénio adequados, com alvo de 100%, aspirando secreções ou realizando toilette brônquica quando necessário, como também na manutenção do tubo orotraqueal com vista a prevenir lesões nas áreas suscetíveis de anastomose pós transplante. Intervenções como a mudanças de decúbito a cada duas horas, elevação da cabeceira entre $30-40^{\circ}$, manutenção do *cuff* entre 20-30 cmH₂O, higiene oral e monitorização do conteúdo gástrico também foram realizadas, no sentido de prevenir a pneumonia associada à intubação (PAI) (Garcia et al., 2015). Neste caso, também não foi descurado o cuidado com as córneas, visando a possível doação, como por exemplo a instilação de colírios e o fecho das pálpebras com aplicação de frio, minimizando as alterações epiteliais do tecido (Freire et al., 2014; Freire et al., 2012).

Pude a meio do turno observar e participar nas provas de morte cerebral do Sr. “Bruno”, colocando em prática o estudo prévio que tinha realizado. O diagnóstico de morte cerebral, com a realização das segundas provas, confirmou legalmente a sua morte (Conselho Nacional Executivo, 1998).

Os cuidados de enfermagem na morte cerebral e no potencial dador de órgãos constitui-se um desafio por ser uma atividade altamente complexa, exigindo cuidados múltiplos. Existe uma ligação indireta entre o enfermeiro que cuida do potencial dador e da pessoa que aguarda transplante. Cuidar da PSC em morte cerebral exigiu de mim uma mudança de paradigma, visto que o principal foco de tratamento passou de uma abordagem centrada na pessoa para a viabilização de órgãos e tecidos, com possibilidade de

transplantação futura, com melhoria da qualidade de vida de outras pessoas. Relativamente à família do potencial dador de órgãos, em Portugal, a lei contempla que qualquer pessoa é passível de ser doadora, exceto em vida tenha manifestado a vontade de não o ser, com inscrição no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) (Ministério da Saúde, 1994). Todavia, não existe nenhuma lei que defina o direito da família de recusar a colheita de órgãos, a não ser em casos de menores ou pessoas incapazes. Na prática, é solicitado o consentimento da família, sendo que a doação de órgãos depende muito da abordagem dos profissionais de saúde perante a mesma, e, se manifestarem vontade de recusa do procedimento, é respeitado e não se avança com o processo. O foco do enfermeiro deve ser na garantia da compreensão da situação, quer pela informação transmitida, quer pelo acompanhamento realizado numa fase posterior. Compreendi a importância que o EE na área de Enfermagem à PSC assume como diferenciador de cuidados, desenvolvendo conhecimentos tanto a nível de gestão das repercussões fisiopatológicas da morte cerebral, monitorização hemodinâmica, como também de questões legais e comunicação/suporte emocional à família.

No que concerne à subcompetência de demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia da PSC (OE, 2018) e em complementaridade com o meu objetivo relativo à prevenção e gestão do *delirium* no estágio na UCIIO, destaco o caso da Sra. “Helena”. Encontrava-se internada com o diagnóstico de Mieloma Múltiplo, com VMI, encontrando-se em desmame de sedação (com propofol e midazolam em perfusão), mantendo perfusão de analgesia com fentanil. Constatei, no início do turno, que a Sra. “Helena” iniciou um quadro de agitação psicomotora, com movimentos dos membros superiores despropositados e com desadaptação ventilatória, correspondendo a um *score* de 2 na RASS. Tentei intervir no sentido de compreender o motivo que justificava esta agitação, utilizando medidas não farmacológicas como primeira linha (Pinho, 2020), comunicando eficazmente de forma a tranquilizá-la e a reorientá-la, obtendo resposta não-verbal não coincidente com o que era questionado. Utilizei a escala CAM-ICU e pude evidenciar que o resultado deu positivo para *delirium*, por se encontrar com flutuações do estado mental, desatenção e nível de consciência alterado. Perante este quadro, debati com a enfermeira orientadora qual o plano terapêutico para a Sra. “Helena”, visto que o desmame da sedação não estaria a ser tolerado pela mesma. Para além disso, tal como descrito na evidência, apresentava fatores de risco para o desenvolvimento do *delirium*, tal como VMI, presença de cateterismos invasivos, idade avançada e sob perfusão de benzodiazepina desde que foi submetida a IOT (Devlin et al., 2018). Informei

a médica desta alteração do estado clínico, tendo sido alterada a abordagem farmacológica de seguida, com alteração da medicação de midazolam para dexmedetomidina no sentido de diminuir o *delirium* e de ser possível manter com maior eficácia a sedação-alvo pretendida (Pinho, 2020). De acordo com as *guidelines* PADIS 2018, recomenda-se a dexmedetomidina em substituição das benzodiazepinas como primeira linha de sedação, pelo facto destas últimas estarem associadas a maior tempo de IOT e por terem um papel relevante nos quais a agitação é um obstáculo à superficialidade da sedação (Devlin et al., 2018; Máximo & Puga, 2022). Contudo, tendo em conta que as medidas não farmacológicas são indispensáveis tanto na prevenção como no tratamento, mantive a minha abordagem no decorrer do turno (Faria & Moreno, 2013). Neste sentido, mantive uma comunicação num tom de voz calmo e de fácil compreensão, orientei a nível espaço-temporal e mantive um diálogo frequente, explicando as intervenções que iria realizar. Dado que se aproximava o período noturno, atuei com intervenções promotoras de sono, minimizando o ruído e luzes desnecessárias e sensibilizei, de igual modo, os restantes profissionais para minimizarem fontes de perturbação, como o estímulo externo (Lee, 2022; Patel et al., 2014; Varejão & Coelho, 2022). Não obstante, para além das minhas intervenções na abordagem não farmacológica, pude igualmente manter a vigilância hemodinâmica, dado que a dexmedetomidina possui como principais efeitos adversos a hipotensão e a bradicardia (Afonso & Reis, 2012). No final do turno, verificou-se que a Sra. “Helena” apresentava um *score* 0 na RASS e, neste caso, já mantinha um nível adequado de sedação e tolerava a VMI, com melhoria da sincronia ventilatória. Esta intervenção também permitiu atuar em concordância com as *guidelines* relativas à avaliação diária da sedação com o objetivo de redução da sedação, sendo possível assegurar uma maior segurança da pessoa ao minimizar o risco de extubação ou de remoção de dispositivos médicos (Devlin et al., 2018; Faria & Moreno, 2013). Por sua vez também reduz o tempo de VMI, tempo de internamento e da PAI (DGS, 2022; Faria & Moreno, 2013). Uma boa enfermeira deve ter a capacidade de colocar as pessoas confortáveis e, ao promover esse conforto, constitui-se um fator determinante da sua habilidade e personalidade (Kolcaba, 2003). As necessidades de conforto são inerentes ao ser humano, estando estas presentes em diversas etapas do ciclo da vida, permitindo que a Teoria do Conforto de Kattharine Kolcaba seja abrangente na prática dos cuidados e aplicada em diversos contextos de saúde, nomeadamente em UCI. Segundo Kolcaba, o enfermeiro identifica as necessidades de conforto da pessoa, planeia intervenções visando atender essas necessidades, considerando as diversas variáveis presentes (Silva &

Nascimento, 2023). Caso as mesmas sejam eficazes, contribuirão para o aumento do conforto e para a adoção de comportamentos com ganhos em saúde, cooperando para melhores práticas e políticas (Silva & Nascimento, 2023).

Dado o exposto, pude atuar em complementaridade com a equipa médica, na gestão de protocolos terapêuticos complexos e adotei um conjunto de intervenções autónomas com avaliação, monitorização e prevenção constantes, tornando-me capaz responder corretamente a complicações da PSC.

Na UCIP, a escala CAM-ICU já se encontrava implementada, sendo que o estudo prévio no primeiro estágio providenciou as ferramentas necessárias para dar seguimento a uma avaliação consistente da PSC. Por se tratar de um serviço com circuito fechado, com duas salas, constatei um maior controlo a nível do ruído e da luminosidade, embora tenha mantido todos os cuidados inerentes à gestão e prevenção do *delirium*. O objetivo referente à prevenção e gestão do *delirium* neste contexto de estágio, traduziu-se pela conclusão do trabalho de investigação. Foi no decurso deste estágio que divulguei os resultados da *scoping review* através de um póster, como já mencionado, onde pude dar continuidade a esta divulgação aos enfermeiros da UCIP, ao longo dos turnos. Tive conhecimento de um projeto desenvolvido no âmbito da promoção do sono, com a presença de um dosímetro para o controlo do ruído e a presença de máscaras oculares e tampões para os ouvidos no serviço. Constatei que existia sensibilidade dos enfermeiros para a prevenção do *delirium*, embora estes últimos dispositivos não fossem utilizados pela maioria. Incentivei o seu uso na PSC e demonstrei proatividade em usá-las quando considerei benéfico, em conjunto com outras restantes intervenções não farmacológicas.

A gestão da dor da PSC foi evidenciado em ambos os locais de estágio, onde encontrei maioritariamente pessoas sob VMI, com a consciência alterada, impedindo-as de verbalizarem dor, carecendo de uma utilização rigorosa das escalas de dor em vigor na UCIIO e na UCIP, nomeadamente BPS (*Behavioral Pain Scale*) e ESCID (Escala de Comportamentos Indicadores de Dor), respetivamente. Foi desenvolvida uma capacidade de observação e avaliação contínua, objetivando o alívio sintomático adequado a cada pessoa a meu cuidado.

Durante o período de estágio na UCIP adquiri conhecimentos no cuidado à PSC do foro neurocrítico na UCIP, uma especialidade díspar que conhecia da minha prática profissional, permitindo-me ganhar autonomia no decorrer do tempo, permitindo-me numa fase posterior identificar focos de instabilidade e proceder em conformidade.

Saliento o caso do Sr. “Vitor” diagnosticado com AVC hemorrágico, com posterior colocação de drenagens ventriculares externas (DVE). Fiquei responsável pelo Sr. “Vitor”, que se encontrava sob VMI, sedo-analgesiado para neuroproteção, com perfusão de um bloqueador beta-adrenérgico (labetalol) e com monitorização da pressão intracraniana (PIC), através de cateteres de DVE. A vantagem das DVE é de avaliar a PIC, como também a drenagem de liquor cefalorraquidiano em sistema fechado (Ragland & Lee, 2016). O Sr. “Vitor” apresentava acessos de tosse, fáceis de dor persistente (com um *score* de 5 na escala de ESCID) com consequente aumento da pressão arterial média (PAM). A pessoa em situação neurocrítica com agitação e dessincronia ventilatória origina aumento da pressão intratorácica, com diminuição do retorno venoso cerebral, resultando no aumento da PIC (Ragland & Lee, 2016). Sabia previamente que, com base na fórmula PPC (Pressão de Perfusão Cerebral) = PAM – PIC, caso a PIC se mantivesse elevada resultaria na redução da PPC, neste seguimento procedi a intervenções interdependentes como a otimização da sedação/analgesia previamente à execução de aspiração de secreções de forma a antecipar possíveis complicações (Pinho, 2020; Ragland & Lee, 2016).

Existem várias intervenções com efeitos diretos e prejudiciais por aumentarem a PIC. Posto isto, tornou-se um dos meus objetivos a prevenção e minimização destes episódios de elevação da PIC, através intervenções não farmacológicas. Aspirei secreções por via endotraqueal somente quando necessário, precedidas sempre por uma hiperoxigenação e num curto período. Foi tida especial atenção em manter normotermia e normoglicémia com vista a diminuir o metabolismo cerebral. O planeamento dos cuidados teve como base minimizar os estímulos externos através da gestão ambiental (Pinho, 2020). Assegurei a altura correta do sistema de DVE no ponto 0, permitindo que transdutor de pressão ficasse posicionado a nível do *Foramen de Monro*, podendo ser uma medida de forma a otimizar a PIC/PPC (Sakamoto et al., 2021). Nos posicionamentos mantive a cabeceira a cerca de 30^a, com a cabeça numa posição neutra para facilitar a drenagem venosa cerebral, com o alinhamento corporal, evitando a posição de *Trendelenburg* e a flexão lateral do pescoço (Lump, 2014). Deste modo, posso aferir que identifiquei as necessidades da PSC, os potenciais eventos adversos que poderiam despoletar lesões cerebrais, como a re-hemorragia, hidrocefalia aguda, vasoespasma ou isquémia cerebral. A minha experiência da prática clínica como enfermeira possibilitou-me um raciocínio clínico mais apurado neste tipo de situações em concreto, com a constante presença de uma conduta antecipatória de eventuais complicações, juntamente com a atualização de

conhecimentos, tornando-me capaz de planejar as intervenções e sustentar a minha tomada de decisão de forma eficaz.

Foi um longo processo de aprendizagem no confronto real com diversas situações, através de uma gestão adequada entre a formação prévia e experiência profissional, com a manutenção do processo de auto-desenvolvimento. Estagiar em cuidados intensivos potenciou a minha capacidade de gerir situações complexas de instabilidade e risco de falência orgânica, exigindo de mim um aprofundamento de conhecimentos congruentes com a realidade da PSC. Capacitou-me também a prestar melhores cuidados de enfermagem através da construção de um discurso mais fundamentado, numa contínua reflexão com os enfermeiros peritos, de acordo com uma análise mais problemática das situações complexas vivenciadas.

Ao efetuar uma retrospectiva do percurso percorrido, posso afirmar que, aquando a realização dos estágios, deparei-me com uma multiplicidade de experiências significativas, nomeadamente situações novas e não familiares, de complexidade acrescida que careciam de resolução, exigiam capacidade de compreensão e de aplicação de conhecimentos mais aprofundados e concisos, indo ao encontro das competências de mestre (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

O EE na área de enfermagem à PSC pode prestar cuidados em situação de emergência, exceção e catástrofe, situações essas que colocam em risco a vida da pessoa. Uma situação de emergência exige uma assistência imediata e resulta de uma “agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida” (OE, 2018, p. 19362). Numa situação de exceção existe “um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018, p. 19362). De acordo com a Lei n.º 27/2006, de 03/07/2006, a catástrofe define-se como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia da República, 2006, p. 4696).

Através da consulta da Orientação nº007/10, de 06/10/2010, da DGS, correspondente ao Plano de Emergência Médica (PEM) (DGS, 2010b), a mesma recomenda que, todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, deverão elaborar um plano individual. O PEM é uma ferramenta que reforça a avaliação dos meios de reação das organizações de saúde perante uma situação de crise, que pela sua natureza e extensão, implique um desequilíbrio entre as necessidades e recursos existentes, na qual incluem regras e normas gerais de atuação (DGS, 2010b). Embora sinta que a preparação e a prática simulada faculte uma aprendizagem mais prática, tal como já realizei no decurso da experiência profissional no SUG, ao participar ativamente num simulacro de catástrofe, num cenário com múltiplas vítimas, proporcionando-me aprendizagens a nível de Triagem START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) e na capacitação para uma assistência eficiente. No período dos estágios não tive oportunidade de presenciar situações de exceção ou de catástrofe, todavia, tendo em conta a importância que assume, considerei pertinente consultar a documentação institucional e debater posteriormente as suas orientações com as enfermeiras orientadoras. Tanto a UCIIO como a UCIP regem-se pelo Plano de Emergência Interno (PEI) da instituição, não tendo atualmente nenhum plano próprio de serviço. Na UCIP, num dos turnos, aquando da leitura do PEI, foi possível apurar com alguns dos enfermeiros, que o serviço já sofreu necessidade de colocar em prática o PEI há cerca de seis anos provocado por um incêndio interno numa sala que deflagrou, com necessidade de evacuação das pessoas internadas. Este debate provocou uma discussão aberta, construtiva, na equipa de enfermeiros peritos em redor do PEI, no reconhecimento em treinar procedimentos e onde houve principais falhas/inconformidades que merecem correção de atuação.

Em relação às situações de emergência surgiram um conjunto de vivências enriquecedoras que justificaram a minha atuação, como por exemplo a atuação da EEMI, onde pude deslocar-me, juntamente com a enfermeira orientadora, até vários locais da instituição. A Circular Normativa nº15/DQS/DQCO, de 22/06/2010, da DGS (DGS, 2010a), criou e implementou a EEMI, constituídas por um médico e um enfermeiro, com competências avançadas de resposta a situações de paragem cardiorrespiratória e a situações de agravamento fisiológico agudo. A ativação da EEMI deve seguir um fluxograma de atuação imediata predefinido, abrangendo toda a população da instituição, incluindo familiares, profissionais de saúde, pessoas internadas ou pessoas em contexto de consultas externas (DGS, 2010a). Integrar a EEMI e conhecer a sua organização foi uma das atividades a que me propus no projeto de estágio na UCIP.

Uma das ativações da EEMI que tive oportunidade de participar foi na deslocação a uma das enfermarias, onde constatei um caso de uma senhora com alteração do estado de consciência após agravamento da função respiratória, por aspiração de vômito, com descida da saturação de oxigénio periférico para 80%. A presença da metodologia ABCDE na abordagem à PSC, já adquirida em contexto profissional de urgência, permitiu um pensamento estruturado e sistematizado, permitindo-me ter uma resposta rápida e eficaz. O EE na área de enfermagem à PSC, ao identificar sinais de gravidade, deve ser capaz de responder de forma antecipatória a focos de instabilidade, tal como descrita numa das suas subcompetências específicas. Perante a situação e o agravamento clínico, procedi de imediato à monitorização de sinais vitais com o desfibrilhador, preparei e disponibilizei material adjuvante da via aérea. Dado a deterioração do estado de consciência foi decidido de seguida, entre equipa multidisciplinar, a abordagem avançada da via aérea, com IOT e posterior transporte para outra UCI. A par disso, tornei-me também capaz de preparar terapêutica para indução anestésica antes da IOT e, simultaneamente, antecipar possíveis complicações decorrente dos fármacos a administrar e do transporte a realizar. A experiência é um fator determinante para a qualidade dos cuidados, potencializando o reconhecimento de sinais e padrões, com o estabelecimento de planos de intervenção adequados, promovendo níveis de desempenho superiores (Benner, 2001).

Realço que, nesta situação em particular, uma das dificuldades sentidas foi que o serviço e a equipa em questão me era totalmente desconhecida, sentindo que existiram algumas falhas a nível de organização de papeis em situação de emergência, talvez por inexperiência por parte dos enfermeiros do serviço, perante estes tipos de cenários críticos. Foi rapidamente identificada como uma situação de risco de paragem cardiorespiratória e acionado a EEMI corretamente, conforme o fluxograma de ativação. Distingo que, apesar de não me encontrar num meio familiar, com uma organização e dinâmica de trabalho distinta, ficou implícita a importância da comunicação entre toda a equipa, constituindo-se como um elo, em que todos os passos realizados coadunaram numa rápida e eficaz atuação. A comunicação em equipa, como já descrito em capítulos anteriores, revelou ser um aspeto facilitador a ser aplicado para atingir os objetivos comuns entre equipa, existindo uma forte correlação entre a comunicação e o processo de tomada de decisão, com impacto na qualidade dos cuidados prestados (Moussa et al., 2020).

Tanto na UCIP como na UCIIO foi possível a realização de transportes intra e inter-hospitalar da PSC, na transferência de pessoas para o bloco-operatório, cuidados intensivos, realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica. Destaco a

experiência que detenho desta prática, no meu exercício profissional, desde que sou enfermeira. Contudo, mantenho-me convicta que, apesar da experiência prévia, não descuro a atenção e rigor exigente, dada a responsabilidade inerente, carecendo de um raciocínio crítico e intervenções que diminuam o risco que possuí, melhorando de forma contínua as competências deste ato. Para esta prática foi tida como referencial as recomendações emanadas pela sociedade portuguesa de cuidados intensivos, referentes às fases do planeamento: coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Nesta competência fui capaz de mobilizar alguns conhecimentos da minha prática profissional e da componente teórica lecionada em período de aulas no 1º ano do CME, revelando-se fundamentais na atitude adotada, adequando a minha resposta face à dinâmica de equipa encontrada e sistematizando as intervenções a realizar.

3.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) define-se como uma infeção adquirida em consequência dos cuidados e procedimentos prestados no contexto de saúde, podendo contribuir para afetar o exercício da atividade dos profissionais de saúde (OE, 2017). As IACS e o aumento da resistência bacteriana aos antibióticos são um problema crescente a nível internacional. Nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde deve desvalorizar as suas implicações, que inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos (DGS, 2017a). Igualmente, uma das estratégias enunciado pelo PNSD é a redução das IACS (Ministério da Saúde, 2021), que já são descritas como uma preocupação há vários anos e assumem relevância nos cuidados. A evolução tecnológica e a integração de técnicas cada vez mais invasivas em UCI tem um impacto positivo na esperança de vida, todavia, com o aumento do número de pessoas submetidas a terapêutica imunossupressora e antibioterapia aumenta consideravelmente o risco de infeção (OE, 2017).

No decorrer dos estágios foi tido em consideração os principais documentos relevantes de cariz nacional e internacional, relativas à prevenção e controlo de infeção. Saliento a UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica I, que auxiliou na orientação das melhores práticas e medidas de prevenção de IACS a aplicar na prestação de cuidados. As precauções básicas do controlo de infeção (PBCI) assumiram-se como um guia orientador

da minha prática, em que agi em conformidade com as dez medidas de padrões de qualidade enunciadas na Norma nº029/2012, de 29/12/2012, da DGS (2012), relativa à PBCI, garantindo a existência de recursos e sistemas que facilitassem a sua implementação, tendo em vista a minimização do risco de infeção e transmissão cruzada.

Realço o facto de as enfermeiras orientadoras assumirem-se como elementos ativos ao fomentarem práticas seguras, visando a prevenção e controlo de infeção no seio da equipa, reforçando em mim a sua importância como futura EE na área de Enfermagem à PSC.

De ressaltar que a Norma 021/2015, de 16/12/2023, atualizada a 17/11/2023, da DGS (2022), referente ao feixe de intervenção para a prevenção da PAI, em UCI foi tida em especial atenção, cujas intervenções devem ser escrupulosamente cumpridas no cuidado à pessoa submetida a VMI. A PAI é considerada a IACS mais comum, contribuindo significativamente para o aumento da mortalidade, morbilidade e do número de dias de internamento em cuidados intensivos. A higienização oral surge como uma das estratégias que foi rigorosamente realizada, com vista à inibição de acumulação de biofilme, impossibilitando a passagem de microorganismos para a via aérea inferior (Xavier et al., 2023). Na UCIP tive oportunidade de ler o seu protocolo da PAI e pude constatar que utilizavam sistemas de escovas com sucção, incentivando-me a investigar e estudar o que se encontrava descrito na evidência. Vários estudos demonstram que a remoção da placa dentária é a chave para a remoção das bactérias da orofaringe, e a forma mais eficaz de remover a placa é através da escovagem dos dentes e da aspiração em simultâneo (Lev et al., 2015). Reporto ainda que atualmente sou uma das responsáveis pela edificação de uma norma da PAI em contexto de trabalho (estando um projeto em desenvolvimento nesse âmbito), pelo que o cuidado no estudo e empenho em cumprir as *guidelines* existentes foi evidente.

O isolamento das pessoas internadas em UCI pode resultar em isolar para conter microorganismos multiresistentes (nos casos de a via de transmissão ser de contacto, gotícula e por aerossol) ou para proteger (nos casos das pessoas imunodeprimidas). Neste último, através do isolamento protetor objetiva-se proteger de infeções as pessoas imunocomprometidas, que requerem quarto individual com fluxo de ar com pressão positiva (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011). Foi tida especial atenção no uso do equipamento de proteção individual no contacto com pessoas com doença hematológica na UCI. A utilização de regimes de quimioterapia mais intensos pode estar associada a períodos prolongados de neutropenia e supressão de outros componentes do

sistema imunitário. Ao receberem cuidados de saúde correm um risco acrescido de adquirir vários tipos de infeção, sendo aconselhado minimizar a exposição a outras pessoas internadas no serviço (Siegel et al., 2007). A educação e a informação tem sido apontada como a arma no controlo das IACS para promover a adesão da família a minimizar o seu impacto (Abad et al., 2010). Assim, foi reforçada a pertinência da restrição das visitas e proporcionei ações educativas como forma de adotarem medidas de prevenção e controlo da infeção, ao saberem como utilizar adequadamente o equipamento de proteção individual e sobre os momentos de higienização das mãos (HM) (DGS, 2012).

Adicionalmente, os cuidados intensivos remetem-me igualmente para adotar medidas preventivas no cumprimento dos feixes de intervenção referentes à prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central, prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical e a prevenção da infeção do local cirúrgico. Destaco que, as pessoas com doença hemato-oncológica, são mais suscetíveis à exposição de microorganismos patógenos, decorrente do curso da doença ou até do tratamento a que são sujeitas, como por exemplo com o desenvolvimento de neutropenia febril. Morano et al. (2014) descrevem no seu estudo de coorte que, neste tipo de doenças, 73% das complicações infecciosas tardias são sépsis relacionadas com o cateter venoso central. Nos casos destas pessoas admitidas em UCI, apesar do cateter venoso central ser uma parte importante para a adequada perfusão de fármacos de urgência e emergência, a intervenção do EE na área de Enfermagem à PSC deve ser sempre de assegurar os melhores cuidados, maximizando a prevenção, intervenção e controlo da infeção, tendo a consciência de não potenciar o risco de infeção que a pessoa já possui.

Na UCIP, num dos turnos, apercebi-me que uma das pessoas internadas se encontrava em isolamento de contacto pelo diagnóstico de infeção por *staphylococcus aureus* resistente à metilicina, na qual detetei a necessidade de iniciar o protocolo precocemente, iniciando a descolonização com mupirocina a 2% pomada nasal e o banho antisséptico durante 5 dias, atuando em concordância com a Norma 018/2014, de 09/12/2014 (DGS, 2014a).

Neste âmbito, foi também solicitado por mim, num dos turnos na UCIP, ficar em observação-participante com a EE que trabalha em articulação com o Grupo Coordenador Local do PPCIRA da instituição, debatendo com a mesma os projetos em desenvolvimento na UCIP. De forma a promover melhoria de práticas, a avaliação do desempenho dos elementos da equipa de profissionais é efetuada com base na observação e auditoria dos mesmos, podendo o EE na área de Enfermagem à PSC ser o elemento-chave na promoção

de práticas seguras, visando mudanças de comportamentos que alcancem a qualidade dos cuidados. Dado ser uma área que ainda não tive oportunidade de intervir em contexto profissional, procurei em estágio assistir ativamente às auditorias da HM, que são realizadas através de um programa denominado de Observe® Hartmann, utilizado como aplicação móvel, permitindo uma análise imediata dos dados. Denotei que os profissionais aderem mais facilmente à HM após o contacto com a pessoa do que antes do contacto. Apesar de, num modo geral, compreenderam a sua importância, justificam como a elevada carga de trabalho que conduz à não adesão total do cumprimento da HM. Assim, em conjunto com a enfermeira, fui capaz de monitorizar, registar e avaliar medidas de prevenção, promovendo o cumprimento dos procedimentos preconizados.

O EE na área de Enfermagem à PSC é o elemento que presta cuidados diretos à PSC e considera-se como uma das pessoas imprescindíveis na prevenção das IACS. Este deve, portanto, incorporar em todos os procedimentos e cuidados as boas práticas clínicas, ao atuar preventivamente e na garantia do controlo de infeção desde a admissão da PSC em UCI, garantindo a segurança e o bem-estar da pessoa a seu cuidado, como também a sua. Em suma, demonstrei conhecimentos do PPCIRA, proporcionando reflexão sobre a prática e capacitação da equipa que incentivasse a melhoria dos comportamentos, tal como demanda a referida competência e os padrões da qualidade da especialidade em questão.

Finalizado o capítulo da análise crítica das competências desenvolvidas, segue-se a respetiva conclusão do relatório de forma a findar este percurso formativo.

CONCLUSÃO

A descrição das principais experiências que contribuíram para o desenvolvimento das competências, teve como base uma constante preocupação de providenciar um discurso lógico e fluido para o leitor do documento em apreço. Primeiramente, importa referenciar que a redação do presente relatório possibilitou expor eficazmente as atividades realizadas para cada campo de estágio, através da partilha das vivências mais significativas neste percurso. Assim, posso afirmar que alcancei todos os objetivos propostos para cada um dos estágios, permitindo-me refletir de forma mais pormenorizada as minhas ações. Estas tiveram sempre na sua índole a integração da atual evidência científica, culminando na aquisição de competências de mestre e de especialista, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Relativamente aos objetivos delineados para o relatório, foram alcançados com sucesso, através da partilha da análise crítico-reflexiva das vivências, na medida em que: partilhei os resultados provenientes da *scoping review* realizada; demonstrei as competências desenvolvidas em contexto profissional no SUG de adultos; desenvolvi competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC e a sua família em contexto de cuidados intensivos; e illustrei as atividades realizadas durante o estágio.

Considero que os tópicos abordados no enquadramento da temática em estudo, permitiram-me contextualizar o estudo de investigação realizado (*scoping review*) de forma sucinta e clara. Importa destacar que não só adquiri competências de EE na área de Enfermagem à PSC, mas também competências de mestre. A realização de uma *scoping review* objetivou o mapeamento da evidência assente nas intervenções não farmacológicas promotoras do sono na prevenção do *delirium*. Identificou-se a necessidade de mais investigação sobre uma relação direta entre as intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *delirium* e da realização de mais estudos primários que permitam compreender os efeitos da implementação das intervenções não farmacológicas a curto e longo prazo. Em adição, a edificação da *scoping review* perpetuou a melhoria da qualidade prestado à PSC, conduzindo a um agir mais sensibilizado para a sua prevenção,

que conferiu suporte à tomada de decisão. Reconheci que é um fenómeno ainda pouco estudado pelos profissionais, no entanto, cabe ao EE na área de Enfermagem à PSC deter o conhecimento e habilidade para favorecer a aprendizagem. Foi possível esta divulgação dos resultados e conclusões do presente estudo, de forma adequada e sem ambiguidades, com a comunidade académica e científica, através de um póster em evento científico e, consequentemente, desenvolver eficazmente as competências de mestre.

Paralelamente, com a realização das duas formações em ambos os estágios desenvolvi igualmente as competências comuns do EE e as competências de mestre, ao identificar necessidades formativas, favorecendo a aprendizagem dos profissionais, tornando-me capaz de comunicar as conclusões e conhecimentos que obtive do estudo prévio. Do mesmo modo que facultou-me um grau superior de conhecimentos sobre as temáticas abordadas, fomentou também a melhoria da qualidade dos cuidados nos contextos descritos. A identificação da área do medicamento seguro e a parametrização do stock terapêutico de um dos campos de estágio promoveu um ambiente seguro e mais favorável na prevenção de incidentes relacionados com a terapêutica.

Uma das dificuldades encontradas ao longo do percurso académico foi a exigência inerente ao trabalho de investigação, contudo foi um processo longo que me permitiu ser mais resiliente, a fim de ultrapassar todos os obstáculos identificados neste caminho. Outra das dificuldades foram os escassos estudos encontrados na evidência, porém, foi possível responder adequadamente à questão da investigação. Embora tenha sido um fator limitativo foi, simultaneamente, identificativo das lacunas de conhecimento existente e promotor do desenvolvimento de mais investigação na área. Saliento também que o período dos estágios revelou-se curto para a agilização de todas as atividades que pretendia realizar, no entanto exigiu de mim capacidade de planeamento e proatividade, tendo sido do mesmo modo gratificantes as aprendizagens adquiridas e as conquistas conseguidas.

Atendendo à complexidade das situações vivenciadas em UCI geradoras de stress, enfatizo a experiência profissional prévia em ambiente de SUG como um aspeto facilitador. Esta permitiu-me mobilizar competências já adquiridas, num controlo mais eficaz das emoções, através da adoção de uma postura mais assertiva, disponível, serena e empática, agindo especialmente de modo imparcial nas interações entre equipa, com a PSC e a sua família. Destaco também a orientação das enfermeiras peritas e do docente orientador como elementos basilares no processo de desenvolvimento.

Partindo do pressuposto de Benner, “a experiência é por isso necessária para a perícia” (2001, p. 32), a realização dos estágios em UCI teve o propósito de atender o

desejo de índole pessoal de potencializar-me como enfermeira no referido contexto, na procura de conciliar adequadamente o saber-saber, saber-estar e o saber-fazer, perspetivando assim o cuidado de excelência à PSC. Enveredar no CME proporcionou um conjunto de aprendizagens únicas, na qual a interligação da teoria com a prática possibilitou a construção de conhecimentos mais robustos aliado ao ambiente promotor de experiências significativas e de aprimoração, bem como de aquisição de novas competências. Ambos os estágios proporcionaram uma reflexão crítica acerca do autoconhecimento, que serviu para reconhecer as áreas merecedoras de desenvolvimento e de melhoria, que influenciam diretamente no processo do cuidar.

Foi necessário integrar um referencial teórico como linha norteadora que suportasse o percurso da prática, pelo que foi selecionada a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba, que direcionou o meu cuidar. Apercebi-me que o conforto era a base para o meu processo de cuidar e que só faria sentido se incorporasse a referida teoria, que influenciou positivamente o meu desempenho, com melhoria evidente na qualidade dos cuidados.

Contudo, apesar de se aproximar o término do CME, é indispensável à posteriori manter a postura de proatividade num continuum investimento pessoal e profissional, assegurando o desenvolvimento das competências de forma consistente, com o principal intuito de alcançar a perícia no cuidado à PSC. Posso afirmar que todo este processo de desenvolvimento e de reflexão modificou a minha praxis, na medida em que atualmente possuo uma visão mais holística e distinta, com um desempenho mais crítico, ponderado, exigente e mais competente, baseado na mais fiel evidência científica e legislação atual. A realidade experienciada nestes últimos meses moldou-me para um exercício profissional com capacidades mais avançadas na área de enfermagem no cuidado à PSC, com a execução de técnicas de alta complexidade, resposta pronta a focos de instabilidade, gestão de protocolos terapêuticos, implementação de intervenções apropriadas às complicações encontradas, efetivação de relações terapêuticas, atuação em situação de emergência com identificação precoce de risco e conhecimentos na área de higiene hospitalar e na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. Apresento agora uma constante problematização sobre as situações experienciadas, com implementação de intervenções de enfermagem que minimizam os riscos inerentes à prática, surgindo como estratégia para favorecer a mudança, onde procuro motivar os meus pares na melhoria dos comportamentos adotados, partilhando a melhor evidência disponível.

Concluo que, somos a sombra das nossas experiências, e que o culminar de um percurso de aprendizagem assenta agora num olhar especializado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76(2), 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.027>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Recomendações Técnicas para Unidade de Internamento*. (RT 007/2011). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Internamento_2011.pdf
- Afonso, J., & Reis, F. (2012). Dexmedetomidina: Papel atual em anestesia e cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(1), 125–133. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942012000100015>
- Al-Yahyai, A. N. S., Arulappan, J., Matua, G. A., Al-Ghafri, S. M., Al-Sarakhi, S. H., Al-Rahbi, K. K. S., & Jayapal, S. K. (2021). Communicating to Non-Speaking Critically Ill Patients: Augmentative and Alternative Communication Technique as an Essential Strategy. *SAGE Open Nursing*, 7, 237796082110152. <https://doi.org/10.1177/23779608211015234>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Assembleia da República. (2006). Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho—Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, N.º 126. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Azevedo, C., Graça, L., & Sousa, C. (2023). Perceção dos enfermeiros das competências de tomada de decisão na triagem de Manchester. *Revista de Enfermagem Referência*, VI(2), e29242–e29242. <https://doi.org/10.12707/RVI23.13.29242>
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham

- em serviço de urgência? Uma revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12-22
 Páginas. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.7277>
- Balas, M. C., Vasilevskis, E. E., Burke, W. J., Boehm, L., Pun, B. T., Olsen, K. M., Peitz, G. J., & Ely, E. W. (2012). Critical Care Nurses' Role in Implementing the "ABCDE Bundle" Into Practice. *Critical Care Nurse*, 32(2), 35–47.
<https://doi.org/10.4037/ccn2012229>
- 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 Médico).
- Blodgett, T. J. (2023). Delirium prevention and management in hospitalized older adults. *The Nurse Practitioner*, 48(5), 12–19.
<https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000000000000036>
- Brown, S. M., Azoulay, E., Benoit, D., Butler, T. P., Folcarelli, P., Geller, G., Rozenblum, R., Sands, K., Sokol-Hessner, L., Talmor, D., Turner, K., & Howell, M. D. (2018). The Practice of Respect in the ICU. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 197(11), 1389–1395. <https://doi.org/10.1164/rccm.201708-1676CP>
- Cavalcante, L. D. P., Ramos, I. C., Araújo, M. Â. M., Alves, M. D. D. S., & Braga, V. A. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 567–572.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092>
- Chehuen Neto, J. A., Sirimarco, M. T., Cândido, T. C., Bicalho, T. C., Matos, B. D. O., Berbert, G. H., & Vital, L. V. (2013). Health professionals and the delivery bad news: Patient perspectives. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(4).
<https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130079>
- Conselho Nacional Executivo. (1998). *Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral* (Normas Clínicas. Acta Médica Portuguesa 11).

- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Cortés-Beringola, A., Vicent, L., Martín-Asenjo, R., Puerto, E., Domínguez-Pérez, L., Maruri, R., Moreno, G., Vidán, M. T., Fernando Arribas, & Bueno, H. (2021). Diagnosis, prevention, and management of delirium in the intensive cardiac care unit. *American Heart Journal*, 232, 164–176. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2020.11.011>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para agir*. Almedina.
- 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., Rochwerg, 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.00000000000003299>
- Direção-Geral da Saúde. (2010a). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)* (Circular Normativa 15/DQS/DQCO). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010b). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde* (Orientação da Direção-Geral da Saúde 007/2010). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)* (Norma da Direção-Geral da Saúde 029/2012). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2014a). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados* (Norma da Direção-Geral da Saúde 018/2014). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014b). *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes* (Norma da Direção-Geral da Saúde 020/2014). https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Medicamentos de alerta máximo* (Norma da Direção-Geral da Saúde 014/2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de prevenção e de resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma da Direção-Geral da Saúde 001/2017). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde. 2021-2030*. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação* (Norma da Direção-Geral da Saúde 021/2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Ely, E. W., Boehm, L., Pun, B. T., & Stollings, J. (2016). *Confusion assessment method for the ICU (CAM-ICU) – The Complete Training Manual*. Vanderbilt University Medical Center. [78](https://uploads-</p>
</div>
<div data-bbox=)

ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/63c6c3d5e25c34cc55863461_The-Complete-CAM-ICU-training-manual-2016-08-31-3_Final.pdf

- Faria, J. M. S., Pontífice-Sousa, P., & Gomes, M. J. P. (2018). *O conforto do doente em cuidados intensivos—Revisão integrativa*. Nº50, 490–502. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>
- Faria, R. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: Uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>
- 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>
- Freire, I. L. S., Oliveira de Mendonça, A. L., Bessa de Freitas, M., Melo, G. S. M., Costa, I. K. F., & Torres, G. V. (2014). *Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos*. 36, 194–207.
- Freire, S. G., Freire, I. L. S., Pinto, J. T. J. M., Vasconcelos, Q. L. D. D. A. Q. D., & Torres, G. D. V. (2012). Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. *Escola Anna Nery*, 16(4), 761–766. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400017>
- Garcia, C., Pereira, J., & Garcia, V. (2015). *Doação e transplante de órgãos e tecidos*. Segmento Farma.
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing* (International Council of Nurses).
- Joanna Briggs Institute. (2020a). *JBIR Levels of Evidence*. Joanna Briggs Institute. https://jbi.global/sites/default/files/2020-07/Supporting_Doc_JBI_Levels_of_Evidence.pdf

- Joanna Briggs Institute. (2020b). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Kam, A. J., Gonsalves, C. L., Nordlund, S. V., Hale, S. J., Twiss, J., Cupido, C., Brar, M., & Parker, M. J. (2022). Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: A comparative crossover study of two post-resuscitation debriefing frameworks. *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>
- Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J. A., Martin-Misener, R., & Carter, N. (2013). Practice patterns and perceived impact of clinical nurse specialist roles in Canada: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1524–1536. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.005>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Pub. Co.
- 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/cgi/viewcontent.cgi?article=1402&context=nursingmasters>
- Lev, A., Aied, A. S., & Arshed, S. (2015). The effect of different oral hygiene treatments on the occurrence of ventilator associated pneumonia (VAP) in ventilated patients. *Journal of Infection Prevention*, 16(2), 76–81. <https://doi.org/10.1177/1757177414560252>
- Lôbo, R. R., Silva, 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). <https://doi.org/10.1111/jsr.12607>
- Lump, D. (2014). Managing patients with severe traumatic brain injury. *Nursing*, 44(3), 30–37. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000443311.50737.a8>
- Mar, M. J., Esteves, N., & Sousa, A. S. (2020). Satisfação familiar em unidades de cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 67–77. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.61>
- Mariz, J., Pires, O., Lopes, A., Bessa, J., Correia, L., Morgado, P., Teixeira, J., Sousa, N., & Santos, N. C. (2022). A Escala Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit: Estudo de Validação numa Grande Coorte no Serviço de Urgência de um Hospital Terciário. *Medicina Interna*, 185-193 Páginas. <https://doi.org/10.24950/RSPMI.682>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (9^o). Lippincott Williams & Wilkins.
- Martins, M., Gonçalves, M., Ribeiro, O., & Tronchin, D. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*, 920–926. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>
- Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Amestoy, S., Prata, A. P., & Vilelas, C. (2019). Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*.
- 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>
- Máximo, M. A., & Puga, A. (2022). Gestão da sedação em UCI. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, Vol. 30 N.º 4 (2021): Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. <https://doi.org/10.25751/RSPA.24797>

- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos Profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na Unidade de Cuidados Intensivos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Mendes, A. P. (2018). Impact of critical illness news on the family: Hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170–177. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Mendes, J. (2006). A relação de Ajuda: Um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem. INFORMAR*, 36, 71–77.
- Ministério da Saúde. (1994). Decreto-Lei nº 243/94. Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA). *Diário da República*. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=238&tabela=leis
- Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência—Medicina Intensiva*. República Portuguesa. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República, 2.ª série, PARTE C, Nº187*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Morano, S. G., Coppola, L., Latagliata, R., Berneschi, P., Chistolini, A., Micozzi, A., Girmenia, C., Breccia, M., Brunetti, G., Matturo, A., Rosa, G., Guerrisi, P., Mandelli, F., Foà, R., & Alimena, G. (2014). Early and Late Complications related to Central Venous Catheters in Hematological Malignancies: A retrospective Analysis of 1102 patients. *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases*, 6(1), e2014011. <https://doi.org/10.4084/mjh.2014.011>

- Moreira, F., & Ferreira, E. (2014). Teoria, prática e relação na formação inicial na enfermagem e na docência. *Educação, Sociedade & Culturas*, 41, 127–148.
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A. L., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm*, 323–332.
- Moussa, M., Sofyyani, H., Moussa, F., Alblowi, B., Oqdi, Y., Khallaf, S., Alharbi, H., & Albarqi, A. (2020). Effectiveness of multidisciplinary team members in a complex, high-risk, and stressful critical care unit. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 4(2), 99–107.
- Oliveira, A., Sousa, C., Figueira, C., Marote, É., Silva, N., Faria, V., & Lourenço, T. (2021). O Impacto da Liderança Transformacional do Enfermeiro Gestor na Satisfação dos Enfermeiros. *Journal of Aging and Innovation*, 143–153.
- 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>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros-agosto 2015). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico - cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 135, 19359–19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.^a Série - N.º 26, 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.^a série, PARTE E, N.º 184. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- 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>

- 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.
- Pereira, J., Barradas, F., Sequeira, R., Marques, M., Batista, M., Galhardas, M., & Santos, M. (2016). Delirium in critically ill patients: Risk factors modifiable by nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº 9), 29–36. <https://doi.org/10.12707/RIV16006>
- 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>
- Petrun, 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>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A *Scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190562. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Pipulim, J., & Sawada, N. (2005). Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: Incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13 (3), 388–396.
- Ponce, P., & Mendes, J. J. (2015). *Manual de medicina intensiva* (1a. ed). Lidel.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto*. Diário da República, 1ª Série, Nº157. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

- Rabiais, I., Ferrito, Z., & Ferrito, C. (2023). *Guia da Unidade Curricular «Estágio Final e Relatório»*. Universidade Católica Portuguesa.
- Ragland, J., & Lee, K. (2016). Critical Care Management and Monitoring of Intracranial Pressure. *Journal of Neurocritical Care*, 9(2), 105–112. <https://doi.org/10.18700/jnc.160101>
- Rasheed, A., Amirah, M., Abdallah, M., Pj, P., Issa, M., & Alharthy, A. (2018). RAMSAY Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale (RASS): A Cross Sectional Study. *Health Science Journal*, 12(6). <https://doi.org/10.21767/1791-809X.1000604>
- Rasheed, S. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. Review Paper. *International Journal of Caring Sciences*, 8, 211–216.
- Rech, T. H., & Filho, É. M. (2007). Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000200010>
- Robinson, C. C., Rosa, R. R., Kochhann, R., Schneider, D., Sganzerla, D., Dietrich, C., Sanchez, É. C., Dutra, F. H., Oliveira, M. Q., Anzolin, L. B., Menezes, S. F. D., Jeffman, R., Souza, D. D., Silva, S. F. D., Cruz, L. N., Boldo, R., Cardoso, J. R., Birriel, D. C., Gamboa, M. N., ... Teixeira, C. (2018). Quality of life after intensive care unit: A multicenter cohort study protocol for assessment of long-term outcomes among intensive care survivors in Brazil. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(4). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180063>
- Sakamoto, V. T. M., Vieira, T. W., Viegas, K., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2021). Nursing assistance in patient care with external ventricular drain: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20190796. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0796>
- Santa-Cruz, D., Almeida, D., César, R., & Lopes, R. (2021). O impacto do desenvolvimento pessoal do enfermeiro na prestação de cuidados em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, n 34, 9–22.

- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2007). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S65–S164. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>
- Silva, A., & Nascimento, S. (2023). *Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: Uma revisão integrativa*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.8065092>
- Silva, A. P. (2007). «Enfermagem Avançada»: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *SERVIR*, 11–20.
- Silva, M., & Santana, J. da S. (2018). Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. *Arquivos Catarinenses de Medicina. Associação Médica Brasileira*, 146–154.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2023*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b2411424.pdf>
- 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>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª). 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. (2019). Regulamento de Creditação. Aviso n.º 17085/2019. *Diário da República, 2ª série. PARTE I, N.º 205*, 526–531.
- Urizzi, L. M. F., Carvalho, H. B. Z., Magalhães, G. C., & Cardoso, L. T. Q. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20(4); 370–375. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/tNx3xnngXy7qDpPzfgHvnHH/?format=pdf&lang=pt>
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- 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 Den Boogaard, M., Schoonhoven, L., Van Der Hoeven, J. G., Van Achterberg, T., & Pickkers, P. (2012). Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: A prospective observational cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 775–783. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.016>
- Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Van Drom, W., Fromont, V., & Jorens, P. G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: A randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, 16(3), R73. <https://doi.org/10.1186/cc11330>
- Varejão, F. R., & Coelho, P. (2022). Intervenções Não Farmacológicas na prevenção do delírium em doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Sistemática. *Germinare n.º 2*, 83–96. <https://doi.org/10.5281/zenodo.645768>
- Waldmann, C. (2010). Using and Understanding Sedation Scoring Systems. *Journal of the Intensive Care Society*, 11(2_suppl), 15–16. <https://doi.org/10.1177/17511437100112S106>

- Webb, L., & McDonnell, K. (2018). Not a Death Sentence: Perspectives of African American Women Living With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 45(1), 46–54. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.46-54>
- Xavier, T. D. C., Correia De Melo, F., & Marques, M. C. M. P. (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>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Protocolo da *Scoping Review*

Título

Intervenções não farmacológicas promotoras de sono na prevenção do *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 do *delirium* (Pinho, 2020). O tratamento não farmacológico começa numa abordagem inicial e assenta na prevenção do princípio de fatores evitáveis responsáveis pelo desenvolvimento do *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 do *delirium*.

Existem essencialmente três fatores precipitantes para o desenvolvimento do *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 do *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 do *delirium*, sugerindo que existe uma associação entre a variável de sono e do *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 do *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 do *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 do *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 do *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

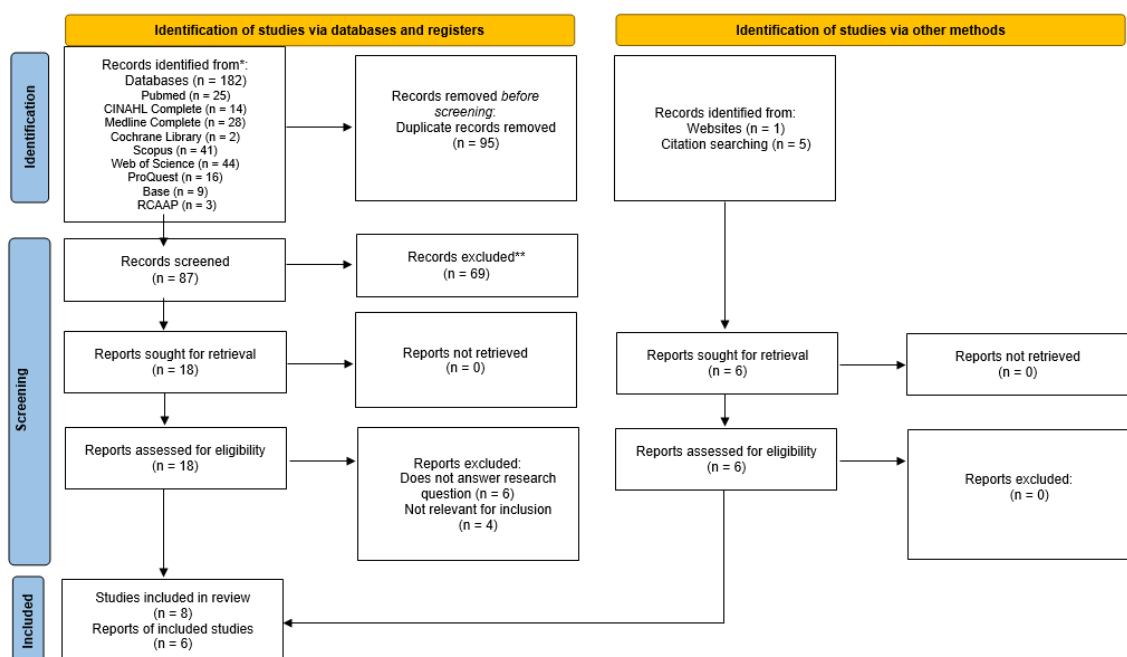
fonte de informação incluída e foi efetuada uma segunda pesquisa de 14 a 20 de julho de 2023.

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 I e ANEXO II). 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., Rochwerg, 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. B., & Moreno, R. P. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: Uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;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). *JB I 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 4	“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	(delirium[Title/Abstract]) OR (delirium[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 ((delirium[Title/Abstract]) OR (delirium[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	28

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

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

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	44

	pharmacologic*”) AND TS=(“critical care” OR “critical patient*”) OR “critical* ill*”)	
--	--	--

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	(delirium):ti,ab,kw	5 275
S5	MeSH descriptor: [Delirium] 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	87

	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*"))))	
	Filtrar por: Fornecedor de conteúdo - RCAAP	3

BASE (Bielefeld Academic Search Engine)

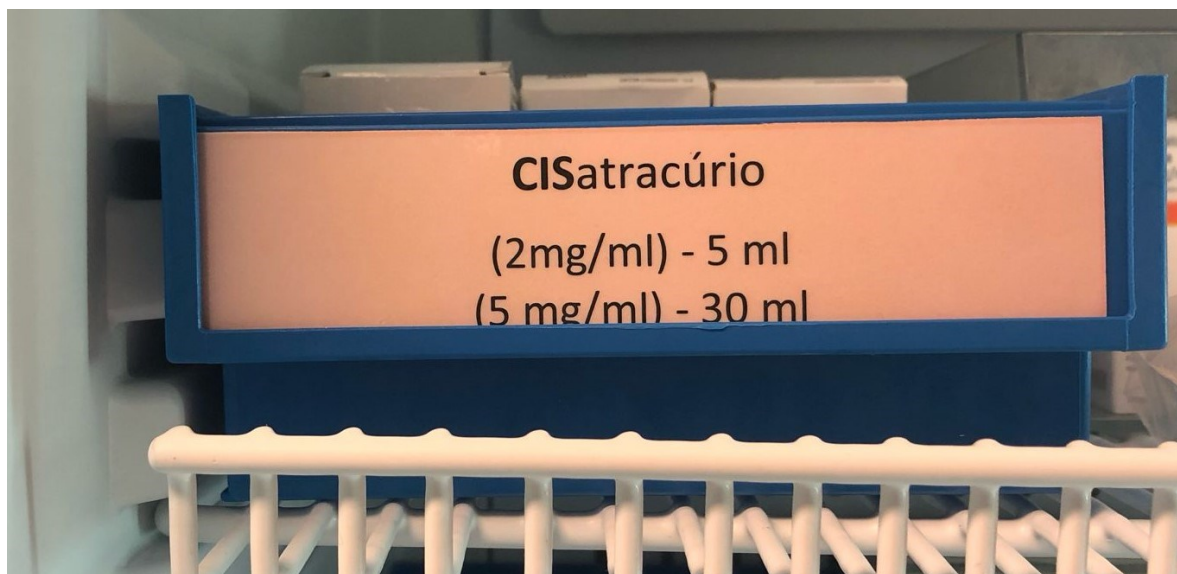
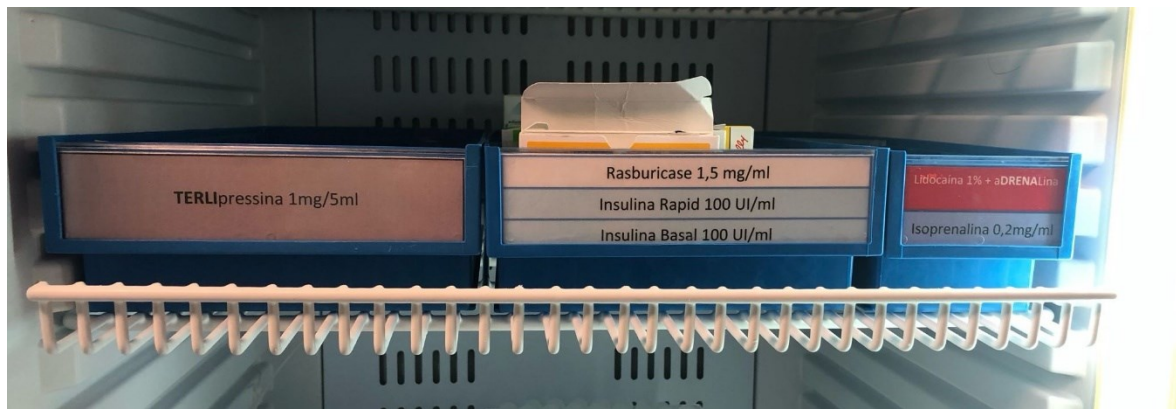
Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	sleep AND <i>delirium</i> AND "non pharmacologic*" AND critical doctype:1*	9

ProQuest

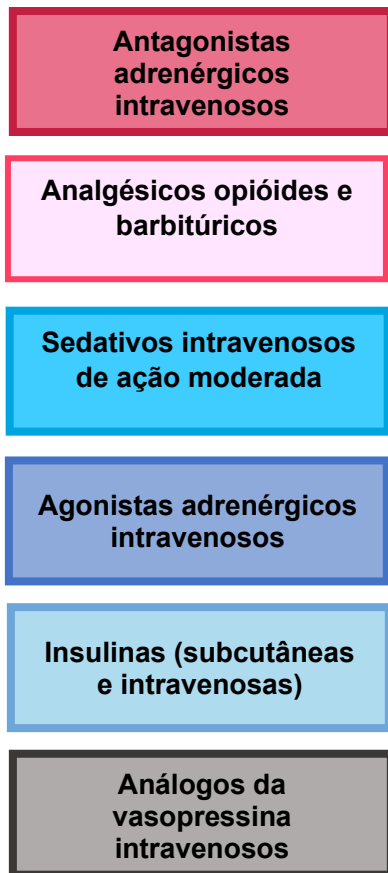
Pesquisas	Expressão	Resultados
S1	title(sleep) OR subject(sleep) OR abstract(sleep)	37 935
S2	title(<i>delirium</i>) OR subject(<i>delirium</i>) OR abstract(<i>delirium</i>)	3 878
S3	title("non pharmacologic*") OR subject("non pharmacologic*") OR abstract("non pharmacologic*")	3 093
S4	title("critical 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

APÊNDICE II – Alteração da rotulagem da medicação na Unidade de Cuidados de Intensivos e Intermédios Oncológica





Legenda Fármacos



Fármacos de registo obrigatório



Fármacos ALERTA MÁXIMO

APÊNDICE III – Divulgação da sessão de formação nº 1 - “Gestão do *Delirium*”




CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LENDOY, PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem na área de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica:
Pessoa em Situação Crítica

Formação em Serviço UCII

Gestão do *Delírium*

Implementação da escala CAM ICU no doente crítico

Dia 13 de Outubro às 14h30

Prof. Orientador: Sérgio Deodato
Enf^a Catarina Barata
(Estudante de Mestrado)

Sob orientação:

APÊNDICE IV – Sessão de formação nº 1 - “Gestão do *Delirium*”

Gestão do Delirium

- Unidade de Cuidados Intensivos e
Intermédios -

Por: Catarina Barata N°192022027

Sob orientação:

Prof. Doutor Sérgio Deodato

Enfª []

Lisboa, 13 de Outubro de 2023

Objetivos

- Consolidar conhecimentos relativamente ao uso da Escala RASS vs. RAMSAY;
- Capacitar a equipa para a prevenção e identificação do doente com *delirium* em Cuidados Intensivos;
- Divulgar as *Guidelines* existentes no que concerne à gestão de *delirium*
- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente internado em Cuidados Intensivos, com a implementação da escala CAM-ICU;



Escala RAMSAY

Escala de Sedação de Ramsay	
Doente Vigil	
1	Ansioso, Agitado e Inquieto
2	Calmo, Colaborante, Tranquilo
3	Sonolento, atendendo aos comandos
Doente não vigil (resposta a estímulos sonoros intensos ou dolorosos)	
4	Dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso
5	Dormindo, responde lentamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso
6	Sem resposta

Rasheed et al, 2018

Escala RASS

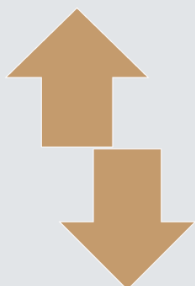
A Escala de Agitação e Sedação de Richmond: a RASS* (The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS*)		
Pontuação	Termo	Descrição
+4	Combativo	Abertamente combativo; violento, representa perigo imediato para o pessoal da UTI
+3	Muito agitado	Puxa ou retira tubos ou cateteres; agressivo
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes; luta contra o ventilador
+1	Inquieto	Ansioso, mas os movimentos não são agressivos
0	Desperto e calmo	
-1	Confuso	Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos/contato visual) à voz (>10 segundos)
-2	Sedação Leve	Acorda por breves períodos com contato visual à voz (<10 segundos)
-3	Sedação Moderada	Movimento ou abertura de olhos à voz (mas sem contato visual)
-4	Sedação Profunda	Não responde à voz, mas movimentos em abertura dos olhos com estímulo tátil
-5	Não despertável	Não responde à voz ou ao estímulo tátil

Estimulação Visual

Estimulação Física

Ely et al, 2003

Escalas de avaliação da Sedação



Escala RAMSAY:

- ◆ Apresenta vários níveis de pontuação (1 a 6)
- ◆ Classifica o estado de agitação, inquietação e ansioso apenas num único nível (nível 1)

VS.

Escala RASS:

- ◆ Apresenta vários níveis de pontuação (+4 a -5).
- ◆ Avalia Agitação e Sedação
- ◆ Pode ser utilizada em todos os doentes, mesmo que não estejam sedados.
- ◆ Escala Validada para avaliação do *delirium* (CAM-ICU) nos doentes em UCI
- ◆ Estudos demonstram que tem maiores índices de confiabilidade na avaliação dos níveis de sedação

Rasheed et al, 2018



Delirium ≠ Delírio ≠ Demência

Delirium

Critérios de diagnóstico de Delirium

- Distúrbio da atenção** (isto é, redução da capacidade de dirigir, focar, sustentar ou desviar a atenção) e do **nível de consciência** (diminuição da percepção do ambiente)
- O distúrbio desenvolve-se num curto período de tempo (geralmente horas a poucos dias), representa uma mudança da linha de base dos níveis de atenção e consciência, e tende a flutuar em severidade ao longo do dia
- Distúrbio cognitivo adicional** (por exemplo, défice de memória, desorientação, perturbação da linguagem, das capacidades viso-espaciais) **ou da percepção**
- Os distúrbios nos critérios A e C não se explicam por outro distúrbio neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em evolução, nem ocorrem no contexto de uma redução severa do estado de consciência, tal como o coma.
- Há evidência, a partir da história, exame físico ou laboratorial, que o **distúrbio é consequência fisiológica direta de outra condição médica**, intoxicação ou abstinência de uma substância (droga de abuso ou medicação), exposição a toxina, ou devido a múltiplas etiologias.

American Psychiatric Association, 2013

Delirium

FATORES DE RISCO

- **Ambiente típico da UCI** (cateterismo, aferentação por sonda, ruído, luz, ventilação, alteração ciclo circadiano, imobilidade)
 - Uso de psicofármacos (anticolinérgicos, benzodiazepinas e opiáceos)
 - Mal nutrição
 - Hipoxemia
 - Alterações Metabólicas
 - Sepsis
 - Idade >70 anos
 - Compromisso visual ou auditivo
 - História de depressão, demência, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, epilepsia, Doença renal e hepática
 - Infecção por HIV
 - Consumo de álcool no mês anterior
 - Tabagismo
 - Consumo de drogas ilícitas

Foco na intervenção nos principais fatores precipitantes

Pinho, 2020
Faria & Moreno, 2013

Delirium

ASSOCIADO A:

- ✓ Aumento da mortalidade;
- ✓ Aumento do prolongamento do tempo de permanência na UCI e do tempo de permanência no hospital
- ✓ Desenvolvimento de défice cognitivo pós-UCI

GUIDELINES PADIS - Prevenção e gestão da dor, agitação/sedação, Delirium, Imobilidade e Perturbação do Sono em Doentes Adultos em Unidade de Cuidados Intensivos

Bundle ABCDEF

D - Avaliação, prevenção e gestão do delirium
Método de Avaliação da Confusão Mental para Unidade de Cuidados Intensivos (**CAM-ICU**)

Escala validada para Português

Devlin et al, 2018; 9
Faria & Moreno, 2013

Delirium

PAPEL DO ENFERMEIRO

As **medidas preventivas** são a primeira linha para minimizar ou mesmo anular o impacto do fenómeno.

Medidas não farmacológicas têm uma abordagem multicomponente com ações autónomas de enfermagem!

Intervenções de fácil implementação nas UCI e estão na sua maioria associadas a um baixo custo.

Faria & Moreno, 2013 10

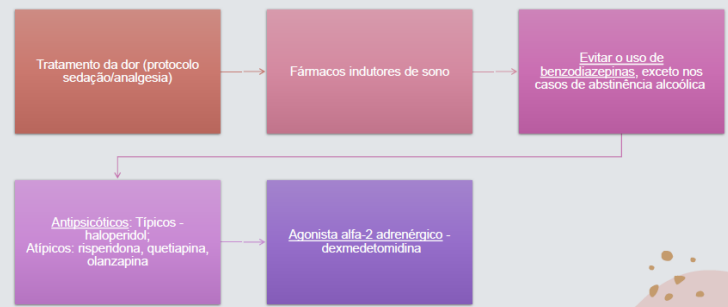
Delirium - Medidas não Farmacológicas



- Adequar níveis de ruído
- Adequar luminosidade - minimização de iluminação artificial
- Protocolo noturno - com uso de tampões e máscaras oculares e minimização dos períodos de intervenção noturna
- Minimização de fontes de perturbação por parte da equipa
- Programação dos alarmes adequados ao doente
- Reorientação para a realidade (uso de relógios e calendários)
- Providenciar dispositivos auditivos e visuais
- Utilizar música preferida do doente
- Incentivar o doente a não dormir de dia
- Encorajar o doente à mobilização
- Tranquilizar o doente
- Promover comunicação verbal e não verbal
- Promoção de visitas regulares e horário alargado
- Inclusão da família em atividades
- Sensibilização dos profissionais

Devlin et al, 2018; 11
Farejão & Coelho, 2022

Delirium - Medidas Farmacológicas



Devlin et al, 2018 12

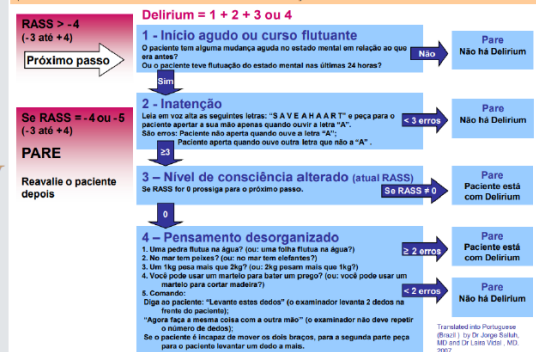
Escala CAM-ICU

- Escala fácil de aplicar (3-5min)
- Maior sensibilidade em UCI
- Requer uso da escala RASS
- Utilizar 1x turno em doentes com RASS ≥ -3 ou SOS

Escala CAM-ICU

13

Método de avaliação da confusão mental na UTI (Confusion Assessment Method in the ICU - CAM-ICU)



Faria & Moreno, 2013 14

CAM ICU

Passo 1: Avaliação da Sedação

Se RASS > -4 (-3 até +4)

SEGUIR PARA O PASSO 2

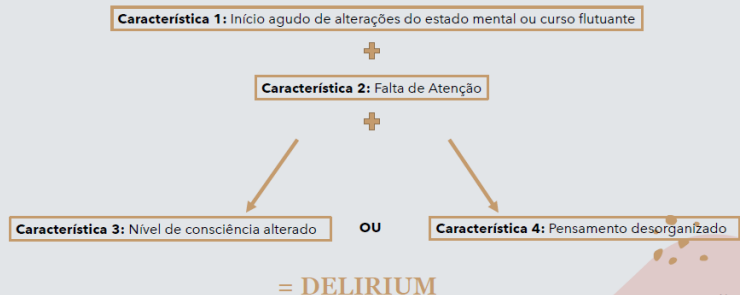
A Escala de Agitação e Sedação de Richmond: a RASS*
(The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS*)

Pontuação	Termo	Descrição
+4	Combativo	Abertamente combativo, violento, representa perigo imediato para o pessoal da UTI
+3	Muito agitado	Puta ou retira tubos ou cateteres; agressivo
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes; luta contra o ventilador
+1	Inquieto	Ansioso, mas os movimentos não são agressivos
0	Desperto e calmo	
-1	Confuso	Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos/contato visual) à vez (<10 segundos)
-2	Sedação Ligeira	Acorda por breves períodos com contato visual à vez (<10 segundos)
-3	Sedação Moderada	Movimento ou abertura de olhos à vez (mas sem contato visual)
-4	Sedação Profunda	Não responde à voz, mas movimentos ou abertura dos olhos com estímulo tátil
-5	Não despertável	Não responde à voz ou ao estímulo tátil

Se RASS for -4 ou -5, **Parar e Reavaliar** o paciente mais tarde

Ely et al, 2003 15

Escala CAM-ICU - Passo 2: Avaliação do Delirium



Ely et al, 2002 16

Escola CAM-ICU

Característica 1: Início agudo de alterações do estado mental ou curso flutuante

A- Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?

B - Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (e.g., RASS), Glasgow, ou avaliação de *delirium* prévia?

Nota: Pode obter-se informações acerca do estado mental basal do doente junto da família/amigos ou consultar registos clínicos. Se existir uma alteração permanente do estado mental basal, como um AVC, assume-se como um novo estado mental basal do doente

Ely et al. 2002 17

Escola CAM-ICU

Característica 2: Falta de Atenção

A falta de atenção é avaliada utilizando o Teste de Atenção ASE (Attention Screening Examination), quer na **componente auditiva (letras)** ou **visual (figuras)**

Solettar uma série de 10 letras num tom audível e quando soletrar a letra "A" o doente deve ser capaz de apertar a mão

SAVEAHART

ERROS:
 Não apertar na Letra "A" ou apertar noutra letra.
 Não saber identificar as imagens
 Considera-se falta de atenção quando apresenta 3 ou mais erros.

Teste Visual

Ely et al. 2002 18

Escola CAM-ICU

Característica 3: Nível de consciência alterado

Considera-se alteração do nível de consciência quando RASS é $\neq 0$, ou seja, outro que não o alerta

Valor RASS $\neq 0$, não se avalia a característica 4 $\longrightarrow$ Doente com **DELIRIUM**, TESTE PÁRA AQUI

Valor de RASS = 0 → PROSSEGUE-SE PARA A CARACTERÍSTICA 4

Ely et al. 2002 19

Escala CAM-ICU

Característica 4: Pensamento desorganizado

Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas **incorretas a duas ou mais** das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:

Conjunto A

1. Uma pedra pode flutuar na água?
2. Existem peixes no mar?
3. 1kg pesa mais do que 2kg?
4. Pode usar-se um martelo para pesar uma agulha?

Conjunto B

1. Uma folha pode flutuar na água?
2. Existem elefantes no mar?
3. 2kg pesam mais do que 1kg?
4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?

— OU —→

E/OU

Outras:

1. Pedir ao doente para levantar dois dedos de uma mão (demonstrando o gesto);
2. Pedir ao doente para repetir o gesto sem demonstração

Ely et al. 2002 20

Escala CAM-ICU - Demonstração

<https://www.icudelirium.org/medical-professionals/delirium/monitoring-delirium-in-the-icu>

[illegible]

21

Escala CAM-ICU B-ICU.CARE BSimple®- layout

[illegible]

21

Obrigada pela presença!

23

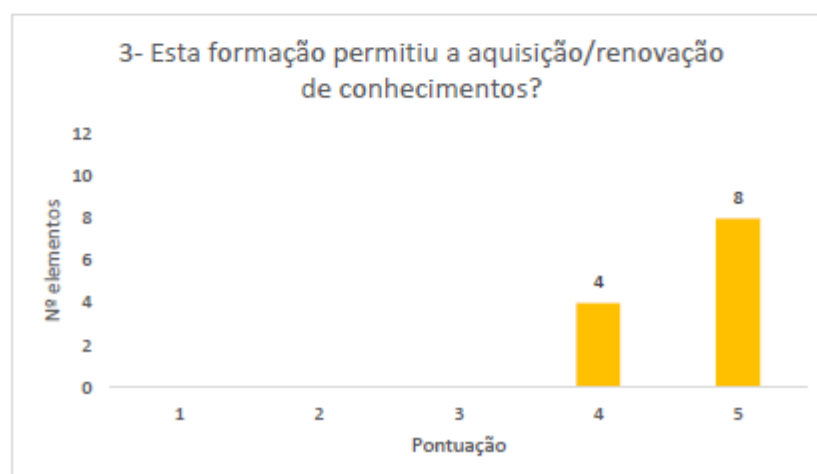
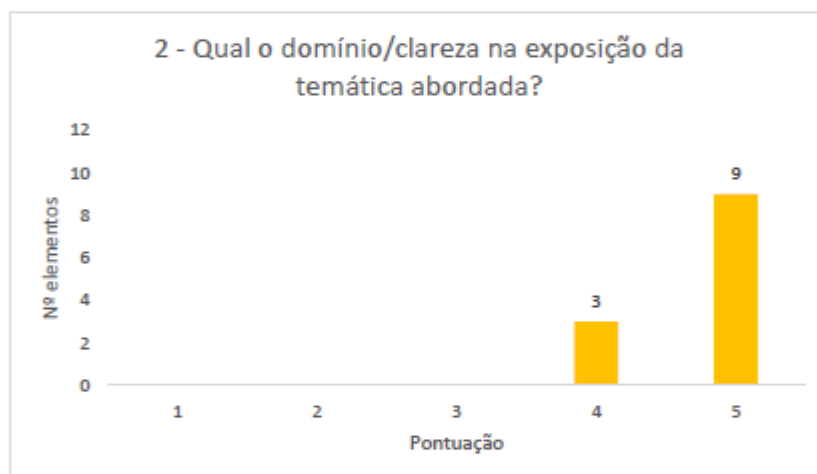
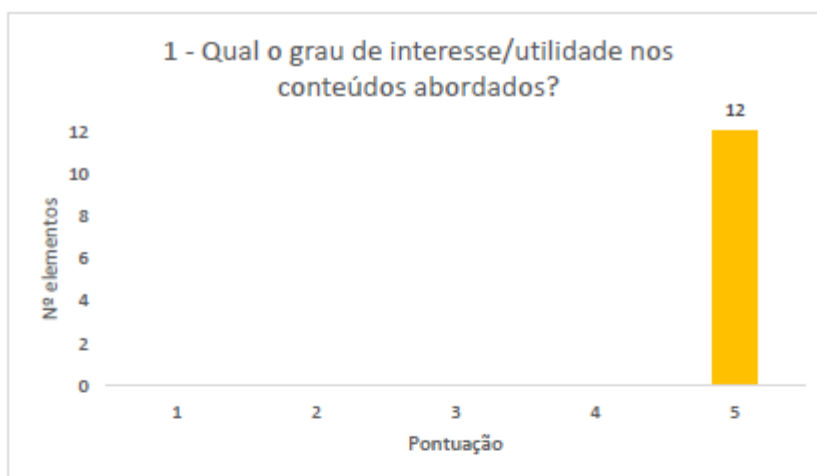
Referências

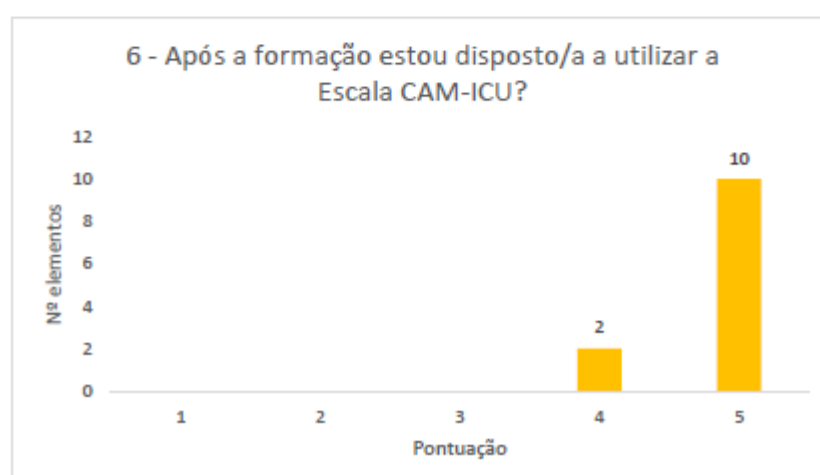
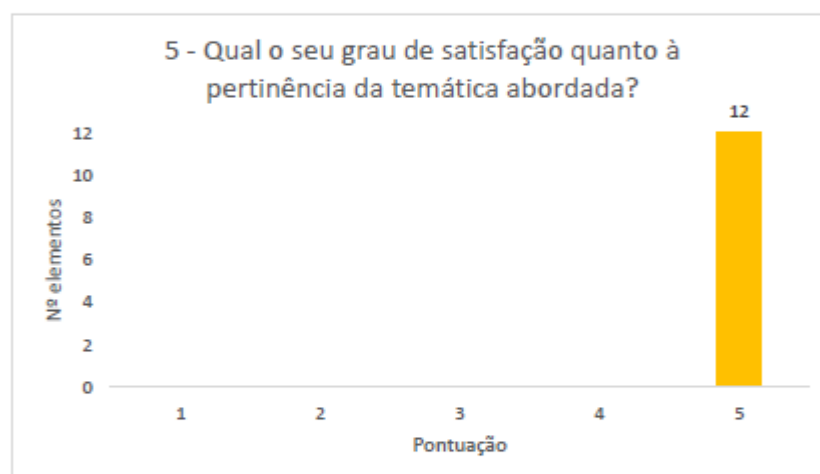
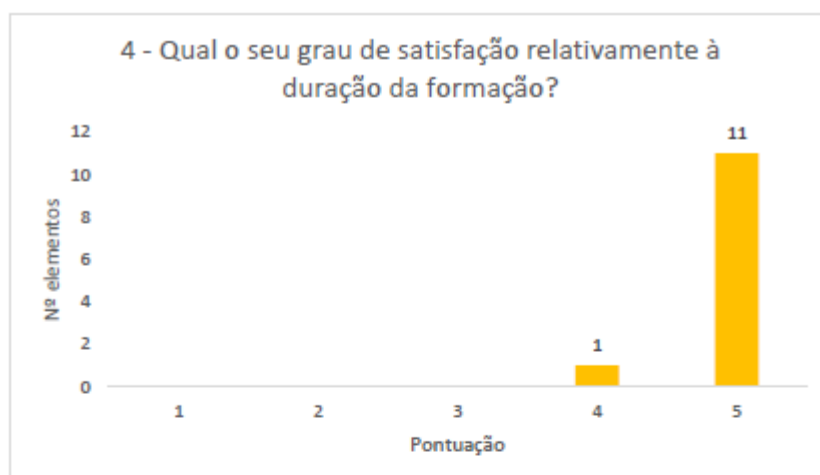
- Devlin, J. W., Skrobly, Y., Gélinas, C., Neuhaim, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., & Weinhouse, G. L. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (2013). American Psychiatric Association;
- Ely, E. W., Truman, B., & Vanderbil University Medical Center (2002). *The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU). Training Manual*. https://uploadssl.webflow.com/5b0849dae50243a0a1e50c/5bb41ab2f487b4de0e999b2b6_CAM_ICU_training_Portuguese.pdf
- Faria, R. da S. B., & Moreno, R. A. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos: Uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2013;25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/1505-507X.20130025>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Pohlmán, A. S. (2013). *2013 Guidelines on Pain, Agitation & Delirium. Implementing the New PAD Guidelines: Delirium Assessment*. Pro-CE. http://s3-prod.amazonaws.com/res/pdf/DeliriumAssessment_monograph.pdf
- Rasheed, A., Amirah, M., Abdallah, M., Pi, P., Issa, M., & Alharthy, A. (2018). RAMSAY Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale (RASS): A Cross Sectional Study. *MedPub International*. <https://www.imedicalteam.net/articles/ramsay-sedation-scale-and-richmond-agitation-sedation-scale-rass-a-cross-sectional-study.pdf>
- Varejão, Filipe R. & Coelho, P. (2022). Intervenções Não Farmacológicas na prevenção do delirium em doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Sistemática. *Gerimare* n.º 2, 83–96. <https://doi.org/10.5281/zenodo.645768>

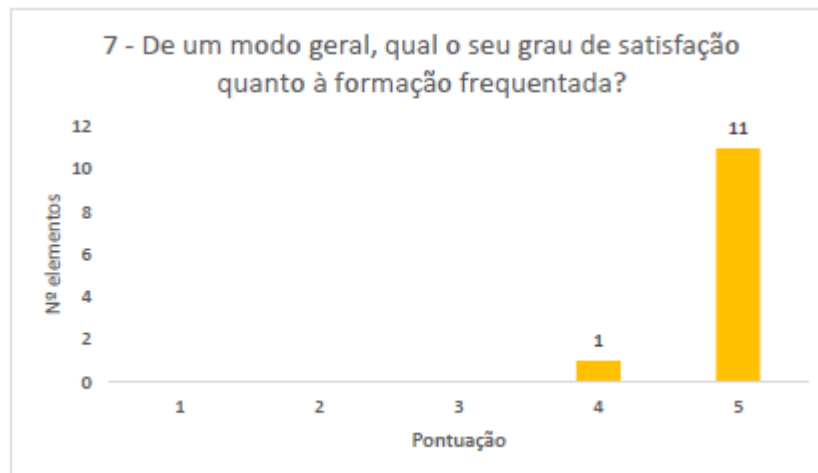
2

APÊNDICE V – Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação nº 1 - “Gestão do *Delirium*”

Escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído o valor 1 a "Nada" e ao valor 5 "Muito".







APÊNDICE VI – Divulgação da sessão de formação nº 2 - “Morte Cerebral e os Cuidados de Enfermagem”

Título	Morte Cerebral e os Cuidados de Enfermagem		
Público-alvo	Equipa de Enfermagem da UCIP		
Local	Sala de Enfermagem da UCIP		
Data	04-12-2023		
Hora	08h30		
Duração	30 minutos		
Recursos	Computador e projetor		
Formadora	Catarina Sofia Cardim Barata (Mestranda do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa)		
Enfª Orientadora	Enfª. Especialista A.C.I		
Prof. Orientador	Prof. Doutor Sérgio Deodato		
Objetivos	- Sensibilizar a equipa para a temática de Morte Cerebral e os Cuidados de Enfermagem na manutenção do potencial dador de órgãos e a sua família; - Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados na manutenção do potencial dador de órgãos - Promover melhoria no suporte e acolhimento da família do potencial dador de órgãos		
Programa	<u>Introdução</u>	Apresentação	2 minutos
		Objetivos	
	<u>Desenvolvimento</u>	Enquadramento legal	20 minutos
		Causas de Morte Cerebral	
		Morte Cerebral e os critérios	
		Nomenclatura para o processo de doação	
		Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação	
		Avaliação Geral Potencial Dador de Órgãos	
		Transplantação e Doação de Órgãos	
		Fisiopatologia da Morte Cerebral	
		Cuidados de Enfermagem na manutenção do dador de órgão	
		Suporte e Acolhimento à Família	
	<u>Conclusão</u>	Síntese/Esclarecimento de dúvidas e avaliação da sessão	8 minutos

APÊNDICE VII – Sessão de formação nº 2 - “Morte Cerebral e os Cuidados de Enfermagem”

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NUNES FERRAZ
LISBOA PORTUGAL

16º Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular: Relatório e Estágio Final

MORTE CEREBRAL E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE -

Por: Catarina Barata N8192022027
Sob orientação:
Prof. Doutor Sérgio Deodato
Enfª: [Redacted]
Lisboa, 4 de Dezembro de 2023

Objetivos

- Sensibilizar a equipa para a temática de Morte Cerebral e os Cuidados de Enfermagem na manutenção do potencial dador de órgãos e a sua família;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados na manutenção do potencial dador de órgãos
- Promover melhoria no suporte e acolhimento da família do potencial dador de órgãos

Sumário

- Enquadramento Legal
- Causas de Morte Cerebral
- Condições prévias e Critérios de Morte Cerebral
- Nomenclatura para o processo de doação
- Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação
- Avaliação Geral do Potencial Dador de Órgãos
- Doação e Transplantação de órgãos
- Fisiopatologia de Morte Cerebral
- Cuidados de Enfermagem na manutenção do Dador de Órgãos
- Suporte e Acolhimento à Família

Enquadramento Legal

- Lei n.º 12/93, de 22 de Abril (Declaração da Ordem dos Médicos - Critérios morte cerebral)
- Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto - Princípios em que se baseia a verificação da morte
- Diretiva europeia 2010/53/EU - Normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação
- Decreto Lei n.º 244/94, de 26 de Setembro - Regula o Registo Nacional de Não Dadores (RENDA)
- Portaria n.º 357/2008, de 09 de Maio - Regulamenta a rede nacional de coordenação de colheita e transplantação

Morte Cerebral

Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril

- A certificação de morte cerebral requer a demonstração da **cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade**.
- Condições Prévias:
 - 1) **Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;**
 - 2) **Estado de coma com ausência da resposta motora a estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;**
 - 3) **Ausência da respiração espontânea;**
 - 4) **Constatação do estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.**

Critérios Morte Cerebral

Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril

O diagnóstico de morte cerebral implica a **ausência** na totalidade dos seguintes **reflexos do tronco cerebral**:

- Reflexos fotomotores;
- Reflexos oculocefálicos;
- Reflexos oculovestibulares;
- Reflexos corneopalpebrais;
- Reflexo faríngeo

Realização de, no **mínimo dois conjuntos de provas** com intervalo adequado à situação clínica e à idade

RENDA - REGISTO NACIONAL DE NÃO DADORES
Lei n.º 12/93, de 22 de Abril
Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro

Registo Nacional de Não Dadores (RENDA)

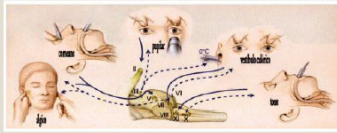
Lei n.º 12/93, de 22 de Abril
Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro

CONSENTIMENTO PRESUMIDO

Causas de Morte Cerebral

- Traumatismo Cranioencefálico
- Acidente Vascular Cerebral
- Encefalopatia hipóxico-Isquémica
- Tumores do sistema nervoso central
- Infeções
- Malformações Neurológicas

Crítérios Morte Cerebral



Declaração da Ordem dos Médicos prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril

PROVA DE APNEIA

- Pré-oxigenar com FIO₂ a 100% 10 min
- Desconectar de VMI → Sonda via endotraqueal a 6l/min de O₂
- Vigiar movimentos respiratórios durante 10 min
- Manter vigilância de restantes sinais vitais → PARAR se qualquer desvio crítico

⇒ Realização da **prova de apneia** confirmativa da ausência de respiração espontânea.

⇒ Meios complementares de diagnóstico: EEG; Doppler transcraniano; Cintigrafia de perfusão cerebral; Angiografia cerebral; Angio-TC craneoencefálica; Angio-RM; e Potenciais evocados somatossensitivos

9

Nomenclatura para o processo de doação

Recomendado pela OMS e pela TTS:

- **Possível doador:** Doente que apresenta lesão encefálica grave e necessita de ventilação mecânica.
- **Potencial doador:** quando a condição clínica é suspeita de preencher os critérios de morte encefálica
- **Elegível para a doação:** quando se confirma o diagnóstico de morte encefálica e não há contraindicação, conhecida previamente, para doação.
- **Doador efetivo:** quando inicia a cirurgia para remoção dos órgãos.
- **Doador com órgãos transplantados:** quando pelo menos um dos órgãos removido é transplantado.

Westphal et al. 2016 10

Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação

Coordenador Nacional de Transplantação

5 Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT)

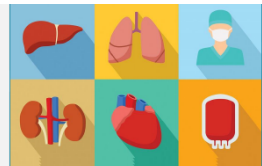
1 Coordenador Hospitalar de doação

GCCT Hospital Santa Maria:

- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
 - Centro Hospitalar Médio Tejo
 - British Hospital
 - Hospital Cascais
- Hospital Cuf Infante Santo
- Hospital Forças Armadas
- Hospital Lusitadas
- Hospital SAMS
- Hospital Vila Franca de Xira

Portaria n.º 357/2008, de 09 de Maio 11

- Idade
- Causa da morte
- História clínica e doenças pré-existentes
- História de exposição a agentes químicos e/ou a radiação, terapêutica anterior e atual;
- Histórico de viagens
- Exame Físico
- Histórico de transfusões de sangue ou de transplantes, piercings corporais ou tatuagens nos 12 meses anteriores à morte;
- História recente de qualquer imunização com vacinas vivas
- Risco de transmissão de doenças priónicas
- Informações sobre doenças congénitas ou hereditárias;
- Outra história clínica familiar relevante



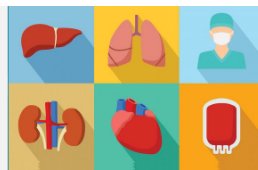
Avaliação Geral Potencial Dador de Órgãos

Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2013. Westphal et al. 2016 12

Amostras biológicas necessárias para estudo do Dador de Órgãos:

- 8,5ml de sangue em **tubo EDTA K2** – deteção de HCV, HBV e HIV (4 tubos)
- 10ml de sangue em **tubo de EDTA K3** para estudo imunogenético (4 tubos)
- 10 ml de sangue em **tubo seco** para estudo de marcadores serológicos (2 tubos)
- 45-50ml de sangue heparinizado para testes celulares de compatibilidade dador-receptor

Identificação das amostras com nome completo, data de nascimento, número de processo e data da colheita



Avaliação Geral Potencial Dador de Órgãos

Instituto Português de Sangue e Transplantação 13

Doação e Transplantação de Órgãos

Órgãos mais transplantados:

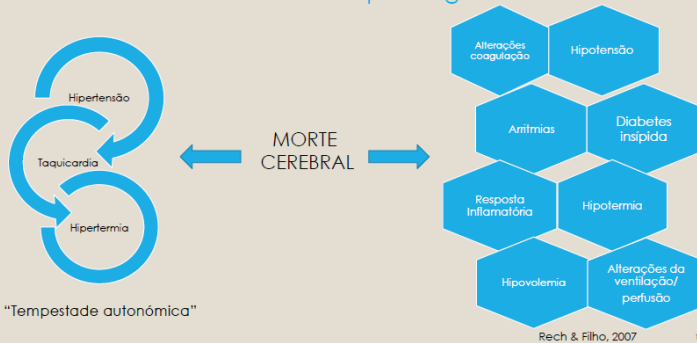
- Rins
- Fígado
- Pulmões
- Coração
- Pâncreas

Tecidos mais transplantados:

- Pele
- Válvulas Cardíacas
- Ossos/ Tendões
- Córneas

Instituto Português do Sangue e Transplantação, IP, 2020 14

Morte Cerebral: Fisiopatologia



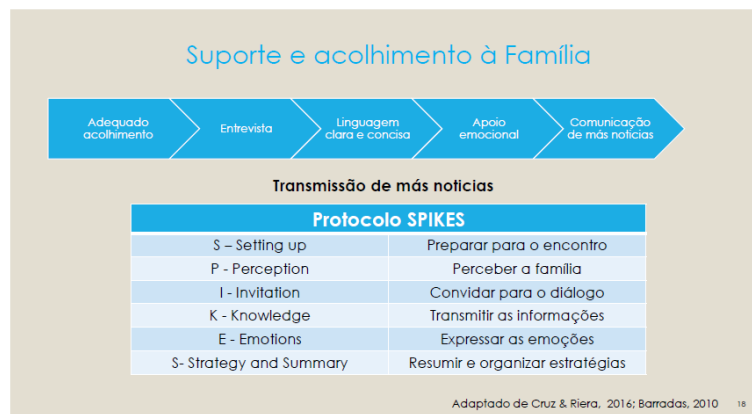
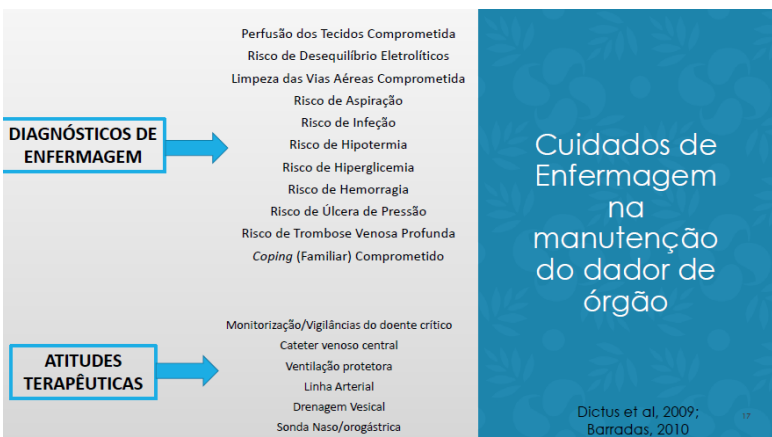
Rech & Filho, 2007 15

Cuidados de Enfermagem na manutenção do dador de órgão

Regras dos 10/100 da manutenção do dador de órgãos

- Tensão Arterial Sistólica ≥ 100 mmHg
- Pressão Venosa Central ≥ 10 mmHg
- Diurese ≥ 100 ml/h nos adultos
- Pressão Arterial de Oxigénio (PO₂) ≥ 100 mmHg
- Hemoglobina ≥ 10 g/dl
- Glicémia ≥ 100 mg/dl

Dictus et al. 2009 16



Cuidados de Enfermagem na manutenção do dador de órgão



Obrigada pela presença!

Questionário de Avaliação

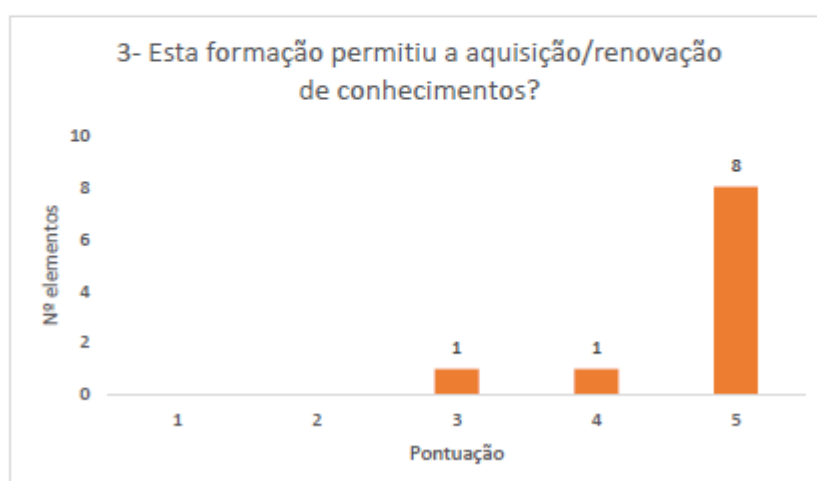
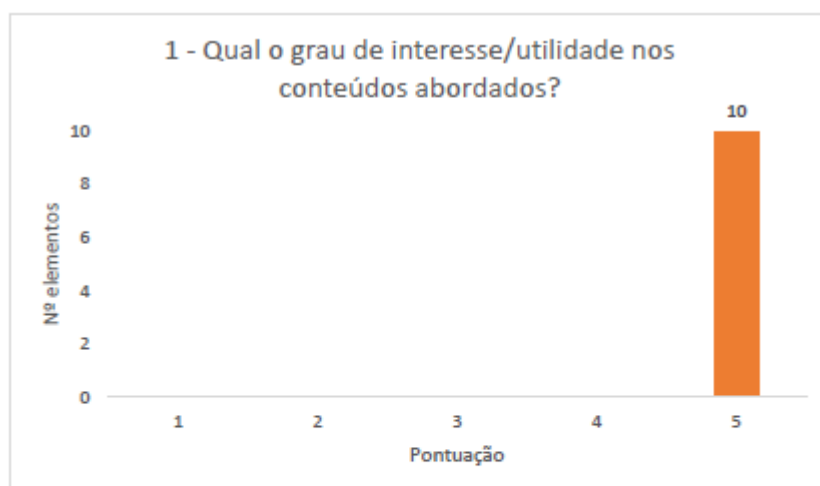
SCAN ME

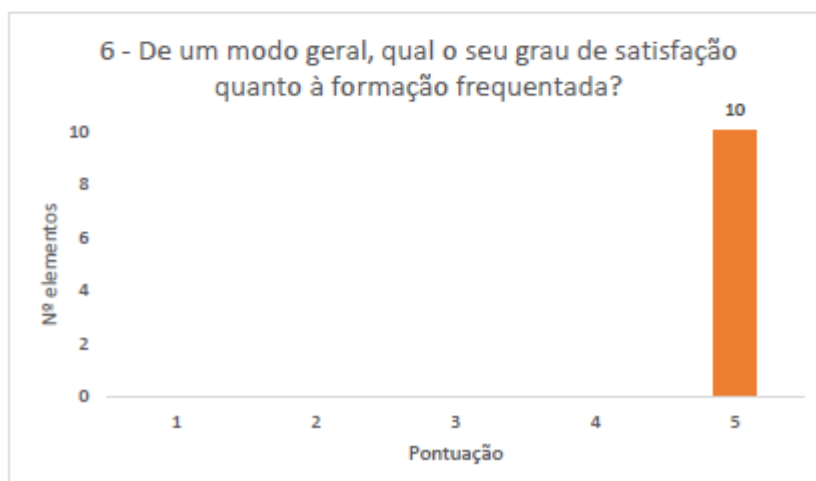
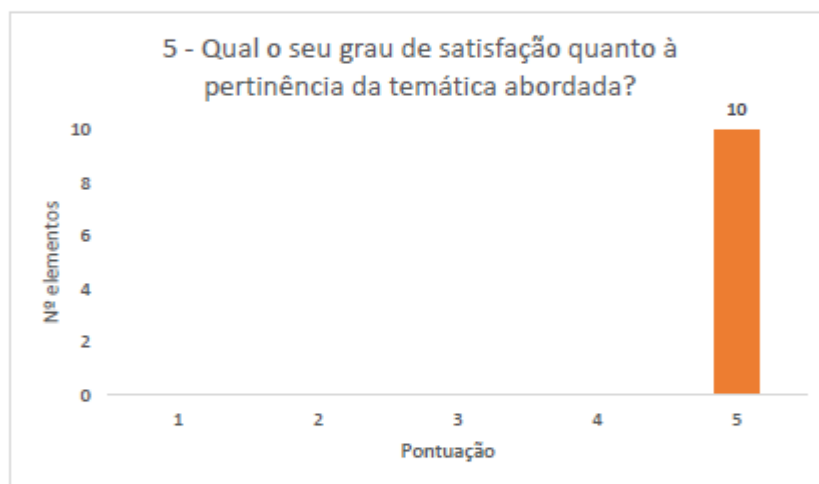
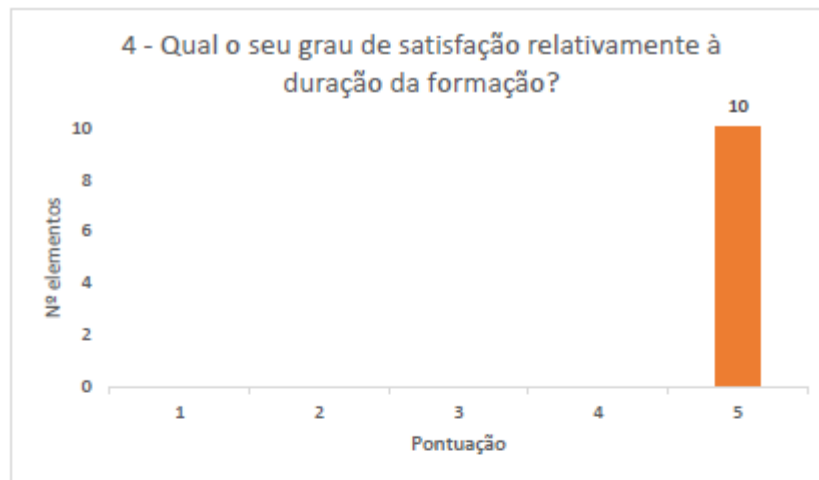
Referências

- Assembleia da República/Instituto Português de Sangue e Transplantação. (2016). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação. Comité Europeu (Acordo Parcial) para a Transplantação de Órgãos, a Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa (EDQM). https://www.isct.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAO/TRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_mais_Verso_Portuguesa_final.pdf
- Barradas, J. F. G. (2010). Atitudes dos Enfermeiros perante Morte Cerebral e Transplantação de Órgãos. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia da Saúde.
- Dictus, C., Vierenkoetter, B., Ermoeltzadeh, M., Unterberg, A., & Ahmadi, R. (2009). Critical care management of potential organ donors: Our current standard. Clinical Transplant. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2009.01102.x>
- Cruz, C., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: O protocolo SPIKES. Revista Narrativa da Literatura. https://docs.bvsolud.org/bvsolud/2016/06/1365/nr_v21n3_106-108.pdf
- Instituto Português de Sangue e Transplantação. (2016). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação. Comité Europeu (Acordo Parcial) para a Transplantação de Órgãos, a Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa (EDQM).
- Lei n.º 12/93 de 22 de Abril. (11 de Outubro de 1994). Declaração da Ordem dos Médicos. Critérios de Morte Cerebral. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Lei n.º 12/93 de 22 de Abril. (22 de 04 de 1993). Diário da República - I Série A N.º 94. Lisboa.
- Moura, K., Fernandes, F., Lira, G., Fonseca, E., & Melo, R. (2020). Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de morte encefálica. Revista de Enfermagem da UFPA. REUFPA. <https://doi.org/10.5902/2179769253157>
- Rech, T. H., & Riho, E. (2007). Manuseio do Potencial Doador de Múltiplos Órgãos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 19. No2. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/5r8h8gpiDnW7xvdx3v4ca/1format.pdf>
- Ponce, P., & Mendes, J. João. (2015). Manual de medicina intensiva (1.a. ed). Lidel.
- Westphal, G., Garcia, V., Souza, R., Franke, C., Vieira, K., Birchholz, V., Almeida, M., Machado, F., Sardinha, L., & Wanzulita, R. (2016). Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. Revista Brasileira Terapia Intensiva, 220-255. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160049>

APÊNDICE VIII – Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação nº 2 - “Morte Cerebral e os Cuidados de Enfermagem”

Escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído o valor 1 a "Nada" e ao valor 5 "Muito".





APÊNDICE IX – Póster apresentado no seminário VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem. Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

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

CINAHL, Medline, Cochrane, Scopus, Web of Science, BASE, ProQuest e RCAA

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 INCLUIDOS

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



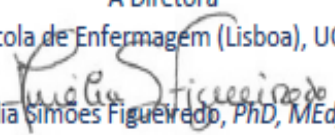
ANEXOS

ANEXO I – Certificado do Póster apresentado no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem. Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que Catarina Barata, apresentou 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”, em coautoria com Marta Arsénio, Filipa Veludo e Sérgio Deodato 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



ANEXO II – Certificados de participação

Identificação do Serviço/Unidade: Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Enfermeira Catarina Sofia Cardim Barata participou no dia 11 / 09 / 2023 na ação de formação intitulada "Suporte Avançado de Vida (SAV) " com a duração de 1 hora.

Lisboa, 24 de Janeiro de 2024

O Serviço:
Adjunta do Enfermeiro Diretor
(Enf.º Gestor)



VIII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA



RESSUSCITAÇÃO

Objetivos terapêuticos
para o doente crítico

CERTIFICADO

Certificamos que,

Catarina Sofia Cardim Barata

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



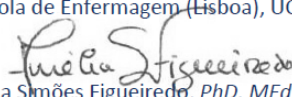
CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

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

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Catarina Sofia Cardim Barata - estudante n.º 192022027, esteve presente no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, 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

