

Processo de Desenvolvimento de Competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

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

Por

Marina Amorim de Sá

Porto – maio de 2024



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Processo de Desenvolvimento de Competências em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

**Competency Development Process in Nursing for Individuals in
Critical Situations**

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

Por

Marina Amorim de Sá

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Gonçalves

Porto – maio de 2024

RESUMO

O presente Relatório Final de Estágio surge integrado no décimo quinto Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado no Instituto de Ciências de Saúde (Porto), da Universidade Católica Portuguesa, tendo como objetivo focar as competências comuns e específicas adquiridas ao longo do percurso concretizado na Unidade Curricular «Estágio Final e Relatório».

Como tal, o presente Relatório compreende a descrição de dois contextos de estágio: o primeiro, decorrido entre 5 de setembro e 26 de outubro de 2022, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital Central do Norte do País; o segundo, entre 27 de outubro e 27 de dezembro de 2022, no Serviço de Urgência Polivalente do mesmo hospital. Os contextos de estágio, tanto na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente como no Serviço de Urgência Polivalente, ofereceram uma grande diversidade de experiências, no que diz respeito à complexidade do quadro clínico da Pessoa em Situação Crítica, aquando do seu internamento e chegada ao Hospital, comportando uma vigilância rigorosa da mesma, devendo-se a sua escolha a tal diversidade.

Através da descrição dessa mesma diversidade, procuro focar as atividades desenvolvidas durante o percurso clínico, com o intuito de demonstrar as competências científicas, mas também humanas, que as mesmas permitiram desenvolver, preparando o futuro profissional enquanto Enfermeira Especialista na área de prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, que constitui o foco enquanto Enfermeira formada e especializada na matéria.

Dando seguimento ao programa formativo teórico, a aquisição deste conhecimento empírico foi complementada pela reflexão empreendida, com o recurso a uma pesquisa sistematizada de evidência sobre as estratégias que o enfermeiro especialista deve implementar para a promoção de um sono e de um descanso eficaz na pessoa em situação crítica internada numa Unidade de Cuidados Intensivos e a uma apresentação sobre a preservação e a recolha de vestígios forenses no Serviço de Urgência, consideradas adequadas para a fundamentação do papel do Enfermeiro Especialista nos contextos mencionados, com o intuito de salvaguardar o bem-estar da Pessoa em Situação Crítica colocada à sua guarda. A experiência adquirida permitiu-me desenvolver as competências necessárias para a prestação de cuidados especializados, com o objetivo de exercer a função de futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica, Competências especializadas.

ABSTRACT

This Final Internship Report is part of the fifteenth Master's Course in Nursing, with a specialization area in Medical-Surgical Nursing – The Person in Critical Condition, taught at the Instituto de Ciências da Saúde – Porto, Universidade Católica Portuguesa, and its main goal is to focus on the common and specific competences acquired by the Specialist Nurse in the Area of Nursing for the Person in Critical Condition, highlighting the path taken in the Curricular Unit «Final Internship and Report».

As such, the same Report comprises the description of two internship contexts: the first took place between the 5th of September and the 26th of October 2022, in the Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente of a Central Hospital in the North of the Country; the second through the 27th of October to the 27th of December 2022, at the Serviço de Urgência Polivalente of the same hospital. Both internship contexts, at the Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente and at the Serviço de Urgência Polivalente offered a wide variety of experiences, regarding the complexity of the clinical state of the Person in Critical Condition, at the time of hospitalization and arrival at the Hospital, involving strict surveillance of the same person, and our choice was due to such diversity.

Through the description of this diversity, I tried to focus on the activities carried out during the clinical journey, with the aim of demonstrating the scientific, but also human, skills that allowed me to develop, preparing the professional future as a Specialist Nurse in providing health care for the Person in Critical Condition, which is my focus as a trained and Specialized Nurse in this field of studies.

Following the theoretical training program, the acquisition of this empirical knowledge was complemented, in the reflection undertaken, with a systematic evidence-based research on the strategies that the specialized nurse should implement to promote effective sleep and rest in a critically ill person admitted to an Intensive Care Unit, and a presentation on the preservation and collection of forensic evidence in the Emergency Department, considered appropriate for substantiating the role of the Specialist Nurse in the mentioned contexts, with the aim of safeguarding the well-being of the critically ill person under their care. The acquired experience has allowed me to develop the necessary skills to provide specialized care with the aim of exercising the role of future medical-surgical nurse, specialized in the assistance of the PCC.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Specialist Nurse, Person in Critical Condition, specialized skills.

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Gonçalves, pela orientação, disponibilidade e enorme coração que contribuíram para este processo ser positivo.

Ao companheiro e namorado, pelo carinho, amor e confiança que depositou durante este período.

À mãe, pela ternura e incentivos sempre que precisava.

À Enfermeira Chefe, pela ajuda e compreensão durante este percurso.

Aos colegas, pelo conhecimento partilhado.

E a todos que, de alguma forma, ajudaram neste processo.

LISTA DE SIGLAS

CRRNEU: Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

ECTS: *European Credit Transfer and Accumulation System* (Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos)

EE: Enfermeiro Especialista

EMC: Enfermagem Médico-Cirúrgica

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

MS: Ministério da Saúde

OE: Ordem dos Enfermeiros

PSC: Pessoa em Situação Crítica

REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SARS-CoV2: Síndrome Respiratória Aguda Grave – coronavírus 2

SR: sala de ressuscitação

SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica

SINAS: Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SMI: Serviço de Medicina Intensiva

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SU: Serviço de Urgência

SUP: Serviço de Urgência Polivalente

TAC: Tomografia Axial Computorizada

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCISU/AVC: Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência e Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

VMER: Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PRÉVIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	25
2.1. Contexto I – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	25
2.2. Contexto II – Serviço de Urgência	28
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	31
3.1 – Responsabilidade profissional, ética e legal	32
3.2 – Melhoria contínua da qualidade	35
3.3 – Gestão dos cuidados	37
3.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	38
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	41
4.1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	42
4.2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação	44
4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica	46
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
PARTE II – Apêndices	57
Apêndice I – Estratégias em Enfermagem promotoras de um sono e de um descanso eficaz na pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos: Pesquisa estruturada de evidência	59
Apêndice II – Plano de sessão: Preservação e recolha de vestígios forenses no Serviço de Urgência	87
Apêndice III – Preservação e recolha de vestígios forenses no Serviço de Urgência	93

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, realizado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no décimo quinto curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado no Instituto de Ciências de Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa, tem por objetivo demonstrar a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tais como definidas pela Ordem dos Enfermeiros nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018, bem como as competências de mestre em Enfermagem. A realização deste relatório e a sua respetiva defesa em prova pública visam a obtenção do grau de mestre e o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na instituição referenciada anteriormente, compreendeu orientações tutoriais individuais e em grupo, seminários, estágios com prática clínica e a realização do presente Relatório de Estágio.

A Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” corresponde a um total de trinta ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System* – Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos), contemplando uma carga horária total de 840 horas, repartidas por 360 horas de estágio (180 horas por contexto de estágio), 20 horas de orientação tutorial, 20 horas de seminário e 440 horas de trabalho individual do estudante. O primeiro contexto de estágio decorreu no período de 5 de setembro a 26 de outubro de 2022, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Hospital Central no Norte do País. O segundo contexto de estágio decorreu no período de 27 de outubro a 17 de dezembro de 2022, no Serviço de Urgência Polivalente do mesmo hospital. A orientação pedagógica ficou a cargo da Professora Doutora Patrícia Gonçalves.

Segundo o Programa Formativo do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), o percurso formativo é constituído por duas partes: o programa formativo teórico e o percurso clínico. O percurso clínico tem a componente obrigatória de estágio no Serviço de Urgência (SU) Polivalente ou Médico-Cirúrgica e em Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP). A escolha do contexto de estágio da UCIP deveu-se à diversidade de experiências que este contexto proporciona e à complexidade do quadro clínico da PSC que se encontra internada neste serviço. É um serviço que comporta avigilância rigorosa da PSC, dando resposta a uma das exigências do plano de estudos.

Segundo Paiva et al. (2016), a Medicina Intensiva é um campo especializado dentro da área médica que se concentra na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de condições de saúde agudas que podem ser revertidas. Isto ocorre em pessoas que sofrem uma ou mais falhas críticas das suas funções vitais, que podem estar iminentes ou já terem ocorrido. Por esta razão, a conclusão do contexto de estágio na UCIP revelou-se extremamente importante como primeiro contacto com a PSC em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), pois permitiu desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados, com o objetivo de cumprir o futuro exercício da função de EE em EMC na área da PSC.

Segundo Ponce e Mendes (2020), o SU é um local de abordagem da PSC onde a prestação de cuidados deve ser realizada de forma organizada e metódica. O objetivo é identificar, de forma segura e por ordem de gravidade, os problemas de saúde existentes e ajustar o tratamento de acordo com os mesmos. A escolha da realização do estágio no SU deveu-se à minha necessidade pessoal de garantir uma capacidade de adaptação contínua e dinâmica a situações e pessoas e, também, ao objetivo pessoal de desenvolver competências de gestão emocional e de adaptação face a situações complexas, que exigem uma resposta rápida e efetiva.

Considerando os objetivos do presente relatório (demonstrar a aquisição de competências do EE e mestre em EMC na área de Enfermagem à PSC), foi delineada uma estrutura geral para o trabalho, que comporta quatro capítulos, que passo a expor. O primeiro capítulo, "Percurso de Desenvolvimento de Competências Prévio", apresenta uma análise crítico-reflexiva acerca das aprendizagens proporcionadas no estágio realizado ao abrigo da Unidade Curricular "A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão

Clínica”, do 2º semestre do Curso. O capítulo 2 reporta-se à caracterização dos contextos de estágio, abordando a sua estrutura física, alguns aspetos da sua organização e os seus recursos humanos. Os terceiro e quarto capítulos do presente relatório apresentam, forma descritiva, crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo do estágio. O capítulo 3 está estruturado com base nos domínios das competências comuns do EE, e o capítulo 4 está estruturado com base nas competências específicas do enfermeiro Especialista em EMC, na área de Enfermagem à PSC, não sendo descuradas as competências de Mestre em Enfermagem.

Pretende-se, pois, com este Relatório, discriminar as competências comuns e as competências específicas do EE desenvolvidas ao longo do percurso de Estágio, bem como as competências de mestre em Enfermagem. Ao longo do trabalho, procura-se complementar a análise acerca das competências desenvolvidas com considerações particulares igualmente necessárias, relativas à experiência pessoal. Neste sentido, são descritas as atividades desenvolvidas, as estratégias colocadas em prática, bem como focados os objetivos previamente delineados, em concordância com os princípios estabelecidos pela OE para as funções de Enfermagem a desempenhar.

O Relatório de Estágio foi elaborado com a utilização de uma metodologia descritiva e reflexiva das atividades desenvolvidas como forma de espelhar as competências desenvolvidas ao longo do estágio.

1. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PRÉVIO

A necessidade de formação na área de Enfermagem é um tema bastante atual. A profissão está, efetivamente, em constante mudança, facto que dita a necessidade de atualização de conhecimento. A própria Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece que os cuidados de enfermagem “assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744). Segundo Dias et al. (2014), o estágio é um instrumento através do qual são adquiridas novas competências profissionais, técnicas e práticas. Este período de aprendizagem empírica permite o reforço da aprendizagem teórica e a valorização da prática, instruindo enfermeiros mais habilitados a contemplar e a cultivar o seu próprio ponto de vista analítico, auxiliando na fundamentação da tomada de decisão baseada na evidência científica.

O estágio do 1º ano do Curso, inserido na Unidade Curricular “A pessoa em situação crítica e família: Vigilância e decisão clínica”, foi realizado na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência e Via Verde AVC (UCISU/AVC) de um hospital central do norte do país, no período de 2 de maio a 25 de junho de 2022, sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Gonçalves. O estágio correspondeu a um total de 12 ECTS, contemplando uma carga horária total de 300 horas, repartidas em 180 horas de prática clínica, 12 horas de orientação tutorial e 192 horas de trabalho individual. A seleção deste local de estágio foi determinada pela diversidade e pela complexidade da unidade, pela sua ligação direta ao SU, e pela particularidade de ter a vigilância mais rigorosa por parte do EE em EMC na Área de Enfermagem à PSC, com um rácio máximo de três PSC por Enfermeiro. Este local de estágio desempenhou um papel fulcral no desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas do EE na prestação de cuidados à PSC. A inserção da UCISU/AVC no SU e a interligação com a UCI permitiram obter uma visão abrangente do funcionamento de ambos os serviços.

A UCISU/AVC é uma unidade com o objetivo principal de aceitar doentes provenientes do SU e de internamentos ou unidades, quando estes carecem de padrões clínicos de admissão na UCI, mas necessitam de uma vigilância mais rigorosa. Esta unidade possui a especificidade de aceitar doentes, predominantemente, das unidades de Medicina Interna, Neurocirurgia e Neurologia.

Quatro objetivos foram trabalhados durante este 1.º ano de estágio na UCISU/AVC, os quais são delineados a seguir: Conceber a prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa e à família/cuidador, estabelecendo uma relação terapêutica baseada nos princípios morais e no código deontológico profissional; Gerir metodicamente as intervenções a pessoas em situação crítica, de forma sistemática, garantindo a eficácia e proficiência dos cuidados de enfermagem, nomeadamente em situações de emergência ou catástrofe; Otimizar a prevenção, o controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, associados aos cuidados de enfermagem; Potenciar as competências específicas de comunicação e de relação com a pessoa em situação crítica e com a sua família / cuidadores.

No 1º objetivo “Conceber os cuidados de Enfermagem à pessoa e família/cuidador, criando uma relação terapêutica com fundação na ética e no código deontológico da profissão” o Enfermeiro, ao longo da sua prestação de cuidados, tem de primar pelo cumprimento das normas legais, dos princípios éticos e da deontologia profissional definidos no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019), usando o corpo de conhecimentos éticos e deontológicos, construindo estratégias para a resolução de problemas e refletindo sobre os processos de tomada de decisão. Segundo o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018), o EE deve possuir competências especializadas e concretas e responder eficazmente, a partir do *corpus* de conhecimento e aptidões que possui para intervir na situação crítica. Para além disso, o EE deve ser proficiente na conceção, execução e avaliação do plano de intervenção, de modo a garantir e preservar a segurança e a qualidade dos cuidados.

Foi de extrema importância refletir sobre os aspetos que diferenciam a prestação de cuidados pelo EE de EMC na Área de Enfermagem à PSC aquando da sua intervenção. Tendo em consideração que os cuidados a prestar à PSC são bastante complexos devido à vulnerabilidade associada à condição clínica em curso, podendo ou não possuir capacidade de tomada de decisão, compete à equipa interdisciplinar advogar em prol da pessoa, refletir

e agir de acordo com o que é considerado o mal menor, dependendo da situação e da condição clínica. Há que salientar a importância de incluir a família em todo este processo de ação. No decorrer das semanas, houve momentos em que foi necessário tomar decisões, sendo que estes momentos de tomada de decisão são complexos, envolvendo questões éticas e deontológicas. Importa considerar que o enfermeiro deve atuar em congruência com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 1998) e o Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015), tendo em consideração o artigo 102º dos valores humanos, que afirma que o Enfermeiro assume o dever de “Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa”.

O EE tem o papel de desenvolver a sua prática baseada na evidência científica mais atual e de agir em conformidade com as leis, bem como com os princípios éticos e com a deontologia da profissão, de modo a garantir o respeito pelos direitos humanos, salvaguardando a pessoa vulnerável e a família, e baseando os seus juízos em competências científicas, técnicas e humanas.

Relativamente ao 2º objetivo delineado, “Gerir as respostas à PSC de forma sistemática, assegurando a eficiência e a eficácia dos cuidados de Enfermagem, nomeadamente, em situações de emergência ou catástrofe”, ao longo do estágio não se verificou qualquer ocorrência que se enquadrasse numa situação de catástrofe ou emergência. Na UCISU/AVC, as PSC estão monitorizadas e encontram-se sob vigilância constante: existe uma avaliação regular dos sinais vitais, com registo na plataforma informática *BSimple*, a cada duas horas, para controlo rigoroso do estado clínico da pessoa e para prevenir a deterioração do mesmo. Esta monitorização e vigilância diminuem a probabilidade de ocorrência de situações de emergência. Em termos profissionais, foi desenvolvido um conhecimento mais profundo sobre o plano de emergência e catástrofe da instituição, com apoio do Enfermeiro Tutor, da sua experiência e dos desafios pessoais e profissionais.

Relativamente ao 3º objetivo delineado “Maximizar a prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos associados aos cuidados de Enfermagem” e segundo o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (OE, 2018), tendo em consideração o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde dirigidos à pessoa a vivenciar processo médicos e/ou cirúrgicos complexos, pela necessidade de aplicação de medidas invasivas, de cuidados de diagnóstico, terapêutica e manutenção da sua qualidade de vida, o EE deve responder

eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos. Para isso, deve possuir e demonstrar conhecimento do Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos, bem como das diretrizes a nível local, regional e nacional, e identificar as carências da unidade ou do contexto de prestação de cuidados, de forma a promover a prevenção, intervenção e o controlo da infeção. Além disso, compete ao EE promover estratégias proativas com o intuito de prevenir e controlar a infeção, assim como auxiliar a adesão da pessoa e família na prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, mediante os contextos de prestação de cuidados.

No contexto de estágio, foram vivenciadas diversas experiências que possibilitaram uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências sobre prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, tendo sido preponderante a compreensão das normas, protocolos e orientações da unidade e da instituição. Esta pesquisa permitiu orientar a prestação de cuidados e a tomada de decisão clínica, especialmente na realização dos procedimentos invasivos, da administração da terapêutica antimicrobiana e na manutenção da segurança da PSC, da família e da equipa interdisciplinar. Foi evidente o foco que o EE dedica à ligação com o Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos.

Finalmente, no âmbito do 4º objetivo “Desenvolver competências específicas de comunicação e de relação com a pessoa em situação crítica e família/cuidador” o EE deve otimizar o ambiente e os processos terapêuticos do indivíduo e da família/cuidador, auxiliando-os a vivenciar os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos resultantes da doença aguda ou crónica, de acordo com o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A comunicação estabelecida com a PSC e a família/cuidador constitui uma das facetasmias significativas no âmbito da relação terapêutica que liga as partes envolvidas.

A literatura refere que as competências básicas de comunicação clínica remetem resumidamente para: praticar a escuta ativa; ter empatia; utilizar uma linguagem acessível; aprimorar a comunicação não verbal; iniciar, manter e fechar a entrevista clínica; fornecer informações sobre o diagnóstico e o tratamento para os doentes, familiares e comunidade; e analisar as reações do doente face à doença (Leite, 2013).

Durante este estágio, foi essencial observar o Enfermeiro Especialista, bem como os restantes elementos da equipa multidisciplinar, na relação comunicacional com a PSC e a família/cuidador, mobilizando competências e atuando de forma a estabelecer uma relação terapêutica. Há que reconhecer que o Enfermeiro Especialista assume a responsabilidade adicional de desenvolvimento profissional no âmbito do “saber saber” e do “saber fazer” e, em particular, no desenvolvimento pessoal do “saber ser” e “saber estar”. Estes “desenvolvimentos” exigem intervenções especializadas do Enfermeiro Especialista que o diferenciam para melhorar os cuidados à pessoa, o reconhecimento como vocação e a construção de uma Identidade Profissional de Enfermagem.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram pertinentes, uma vez que permitiram o desenvolvimento de competências de uma futura EE. A aquisição das competências específicas durante a carreira profissional e a sua contínua atualização permitem uma prática baseada na melhor evidência científica, que culmina em cuidados de Enfermagem de elevada qualidade e numa prática profissional caracterizada por um juízo crítico e reflexões frequentes sobre a mesma. Na fase inicial do programa de mestrado, quando exposto aos cuidados de enfermagem prestados pelo EE, foi fundamental a aprendizagem de basear as suas ações no processo de observação, colaboração e análise-reflexiva junto do Enfermeiro Tutor e dos restantes membros da equipa de Enfermagem.

O EE deve priorizar as suas intervenções especializadas na prevenção de complicações e reconhecer os processos complexos para a gestão da doença, baseando as suas intervenções e a sua tomada de decisão na melhor evidência científica. Existiram circunstâncias para adquirir estas competências através da pesquisa bibliográfica sistemática e da experiência profissional do Enfermeiro Tutor e da equipa. As competências desenvolvidas e adquiridas continuamente permitem ao EE utilizar o juízo clínico sobre a PSC, sendo esta perspetiva insubstituível. Considera-se que esta competência de juízo clínico foi cultivada ao longo do estágio, identificando as necessidades da PSC, assegurando a deteção precoce de problemas, a estabilização e a recuperação da pessoa.

Os momentos de estágio são essenciais para adquirir novas competências técnicas, científicas e práticas, e solidificar as já adquiridas, preparando o enfermeiro para os cuidados especializados. O estágio permite a troca de experiências, conceitos, estratégias e vivências, agregando à carreira profissional do enfermeiro conhecimentos, oportunidades de

crescimento e desenvolvimento. O estágio, com o acompanhamento de um EE e de um professor orientador, possibilita a aquisição e o aprimoramento de competências ao nível dos cuidados especializados que envolvem a prestação dos mesmos à pessoa em situação crítica e à família.

Concluindo, ao longo do estágio foi demonstrada a vontade de continuar e procurar melhorar, mantendo uma postura profissional e humilde. Ficou o sentimento de que ainda há muito mais para fazer, sendo fundamental continuar a esforçar-me para melhorar, levando esta experiência como crescimento profissional e pessoal, na aquisição de competências de EE em EMC para melhoria da prestação de cuidados de qualidade e para a construção da identidade profissional de Enfermagem.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A escolha de realizar um estágio na UCIP e no SU está relacionada com o meu interesse pessoal nas diferentes etapas da PSC. Os estágios nestas unidades permitiram o desenvolvimento de competências, comuns e especializadas, na área de Enfermagem da PSC e geraram interesse pela procura de evidência científica mais atual. A UCIP despertou um grande interesse devido à instabilidade hemodinâmica que a PSC pode apresentar, atribuível à rápida deterioração dos seus órgãos vitais. O SU surge como um fascínio a nível pessoal, pela exigência na identificação e na intervenção rápida em situações complexas. Nos subcapítulos seguintes será realizada a descrição destes contextos de estágio.

2.1. Contexto I – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O estágio na UCIP é fulcral para o desenvolvimento de competências comuns do EE e de competências específicas do EE em EMC na Área de Enfermagem à PSC. Segundo Pinho (2020, p. 63), a “área de Cuidados Intensivos abrange aspetos do processo saúde-doença, ético-legais, sociais e humanitários apresentando-se como uma construção fundamental à formação do Enfermeiro”. A decisão de realizar o estágio numa UCIP de um hospital central deveu-se ao facto de essa unidade ser de nível III, segundo a Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos (Penedo, 2013).

De acordo com o paradigma europeu, são comumente estabelecidos três níveis de UCI, potencialmente coexistindo dentro da mesma unidade hospitalar (Penedo, 2013). Estes mesmos níveis distinguem-se pela prestação de cuidados, pela diferenciação na utilização das técnicas e pela disponibilidade de competências. Em relação à unidade de Nível I, esta engloba a monitorização pouco ou nada invasiva dos doentes com potencial para desenvolver disfunção ou falência orgânica (Penedo, 2013), pressupondo a capacidade de realizar manobras de reanimação, articuladas com outras.

Quanto à unidade de Nível II, a sua monitorização é já de natureza mais invasiva e relacionada com o suporte das funções vitais. Neste nível de UCI pode não existir acesso a

especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, como a neurocirurgia, cirurgia torácica ou vascular, podendo também faltar a disponibilização de instrumentos de diagnóstico. Dentro de uma unidade de Nível II, é imperativamente necessário assegurar a presença permanente de um médico com preparação específica e garantir a articulação com uma UCI de nível III. Nos últimos anos, tem-se assistido a uma tendência para operar, de modo integrado, com a UCI de Nível III.

A UCI de Nível III está identificada com os Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que são constituídos por equipas médicas e de enfermagem especificamente qualificadas e dedicadas a atuar neste quadro, cuja permanência física no mesmo é de 24 horas. Esta unidade “pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos” (Penedo, 2013, p. 58).

As Unidades de Cuidados Intensivos de nível III destinam-se a indivíduos com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida, que necessitam de duas ou mais formas de suporte orgânico (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2016). Conforme refere a Ordem dos Enfermeiros (2020), a tipologia de nível III das UCI necessita de ter quadros próprios, nomeadamente, uma equipa de Enfermeiros e Profissionais de Medicina proficiente e dedicada, que possuam competências em cuidados intensivos e estejam fisicamente presentes durante 24 horas. Neste tipo de unidades, presume-se a possibilidade de monitorização invasiva, diagnóstico e terapêutica necessários. As unidades de UCI de nível III encontram-se predominantemente em hospitais que prestam um serviço de urgência polivalente.

Como referido anteriormente, as UCIP fazem parte do percurso formativo clínico obrigatório do EE em EMC, na área de Enfermagem à PSC. Desta forma, tendo elegido uma UCIP de um hospital central do norte do país de referência, com riqueza tecnológica, uso de monitorização avançada, um vasto leque de terapêutica e situações clínicas de diversas áreas da Medicina, o estágio neste contexto possibilitou uma maior e diversificada aprendizagem sobre a PSC, proporcionando experiências diferentes e permitindo um crescimento pessoal e profissional importante e enriquecedor.

Segundo Paiva et al. (2016), em Portugal, as UCI começaram a surgir no final dos anos 50 do séc. XX, permitindo a evolução de UCI para Serviços de Medicina Intensiva

(SMI) em vários hospitais. Apesar de o nosso país ter o menor rácio de camas de medicina intensiva (nível III ou nível II) (4,2 por 100 000 habitantes) em comparação com a média da Europa (11,5 por 100 000 habitantes), nos últimos anos houve um aumento deste rácio para 6,4 por 100 000 habitantes. Nesta UCIP, com o início da pandemia por Síndrome Respiratória Aguda Grave – coronavírus 2 (SARS-CoV2), houve a necessidade de reorganizar os recursos estruturais, físicos e organizacionais, como forma de dar uma resposta adequada às PSC positivas para a infeção. Foi, assim, criada uma unidade designada de UCIP2, tendo a UCIP passado a designar-se de UCIP1, perfazendo um total de 27 camas de internamento. Neste momento, a UCIP1 funciona como UCI de nível III e a UCIP2 como UCI de nível II.

A UCIP está construída em formato de espaço aberto (*open space*), onde está estrategicamente localizada uma central de monitorização. Este tipo de sala permite a monitorização visual e a vigilância de todas as PSC, assegurando, de forma atempada, o tratamento e a assistência à PSC (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013), permitindo a observação da monitorização hemodinâmica e o contacto visual direto com a PSC. Por ser um espaço amplo e desimpedido, as camas são separadas por cortinas, permitindo a privacidade.

Para o registo das intervenções de Enfermagem na UCIP, é utilizada a plataforma informática *B-Simple* do módulo BICU.Care. Esta plataforma foi especificamente concebida para integrar dinâmicas específicas da UCI. Através da mesma, é possível implementar um plano de trabalho, ao qual estão associadas as intervenções de Enfermagem para cada PSC. Para além disso, é realizado o registo de todos os dispositivos médicos invasivos, como a entubação endotraqueal e o cateter venoso central, assim como de outros equipamentos como a ventilação, as bombas e as seringas de perfusão. O *B-Simple* permite a organização dos registos de enfermagem, servindo como ferramenta para a transmissão e padronização da informação, bem como para a administração e supervisão de cuidados. A plataforma de realização de registos de Enfermagem foi de fácil aprendizagem porque a sua utilização é intuitiva, pelo que facilmente integrada.

2.2.Contexto II – Serviço de Urgência

O segundo contexto de estágio foi um Serviço de Urgência (SU). Ao longo do percurso, a integração foi realizada nas áreas da sala de emergência, triagem, área de decisão clínica para pessoas triadas com pulseira amarela, área de decisão clínica para pessoas triadas com pulseira laranja, área de trauma e uma breve visita à urgência pediátrica. Neste SU, foi possível acompanhar as PSC que necessitavam de realizar exames complementares de diagnóstico como o raio-x, ecografia, tomografia axial computadorizada e eletrocardiograma.

Segundo o Despacho n.º 10319/2014, que dita a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e o tipo de responsabilidade que o SU tem, “(...) o sistema de urgência tem como missão o atendimento e o tratamento das situações urgentes (...)”. Foi criada a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) com o objetivo de avaliar a implementação da Rede, a distribuição territorial, a organização das respostas e as condições de acesso (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p. 20673).

O SU onde foi realizado o estágio é considerado um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) uma vez que se encontra organizado e estruturado em consonância com o Despacho n.º 10319/2014 que define que “o Serviço de Urgência Polivalente é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p. 20674). O SUP deve possuir recursos humanos com equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica com dedicação e especialização necessárias e adequadas ao atendimento da população.

As valências médicas obrigatórias a que um SUP deve ainda dar resposta específica são Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Neurocirurgia, Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Vascular, Medicina Intensiva, Pneumologia (com endoscopia), Gastrenterologia (com endoscopia), Bloco Operatório (em permanência), Imagiologia [devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, tomografia axial computadorizada, Patologia Clínica com Toxicologia (devendo assegurar em

permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos)], Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética Nuclear. O SUP detém uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada. Deve, ainda, desenvolver um centro de formação acreditado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P (INEM) com formação em temas de urgência e emergência. Pode ainda existir SUP dedicado à pessoa politraumatizada, chamado Centro de Trauma.

Neste SU trabalham cerca de 23 Enfermeiros no turno diurno (8h30 às 21h00) e 17 Enfermeiros no turno noturno (20h30 às 9h00). Os Enfermeiros são distribuídos da seguinte forma: 2 Enfermeiros durante o dia para o posto da triagem e 1 Enfermeiro no período da noite; 2 Enfermeiros para as 2 salas de emergência e 4 Enfermeiros para a UCIU/AVC durante 24h; estão destacados 4 Enfermeiros para as 2 Unidades de Decisão Clínica, 1 Enfermeiros para a área de Trauma e 2 para o Balcão Médico. Na área da Pediatria estão 3 Enfermeiros durante o dia e 2 Enfermeiros no turno da noite. Na coordenação das equipas fica o Responsável de Turno.

Segundo o relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) (2012), o exercício clínico realizado no SU é uma forma especializada de prática médica, que envolve conhecimentos, habilidades e capacidades específicas. O SU abrange uma ampla variedade de condições médicas, cirúrgicas e de trauma, com diferentes níveis de gravidade. O objetivo principal é avaliar os problemas clínicos e utilizar métodos de triagem, estabilização, avaliação e resolução para lidar com essas situações.

Exercer funções no SU exige habilidades de comunicação e interação multidisciplinar e multiprofissional, bem como uma tomada de decisão adequada sobre quando encaminhar o problema para avaliação e resolução pelo médico de atendimento primário ou quando é necessário encaminhar a PSC para uma especialidade ou centro específico. Além disso, devido à posição do SU no sistema de saúde, os profissionais desempenham um papel importante na gestão do sistema, servindo de canal de ligação entre os cuidados de saúde primários, as visitas médicas e os internamentos hospitalares.

A sala de ressuscitação/reanimação (SR) é um compartimento do SU com acesso direto do exterior do hospital, que permite a entrada sem necessidade de percorrer outras áreas operativas, estando em comunicação com outros indivíduos (profissionais ou doentes)

sem demora. A finalidade da SR, segundo o Parecer n.º 14/2018 da OE (2018), é monitorizar a PSC triada inicialmente como emergente (segundo o Protocolo de Triagem de Manchester), e que exiba um declínio ou descompensação de uma ou mais funções ou parâmetros vitais que representem um risco iminente à vida. O SR, enquanto local que fornece ajuda imediata e essencial à PSC, engloba normalmente a disponibilidade de recursos e técnicas avançadas para manter as funções vitais e oferecer cuidados intensivos. Para que este tratamento decorra, são necessários enfermeiros que possuam formação especializada e competências científicas para lidar com estas situações específicas que ocorrem no SU. A Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem do Regulamento n.º 743/2019 sugere que metade dos Enfermeiros que fazem parte da equipa de trabalho dos SU sejam Enfermeiros com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC e formação certificada em Suporte Avançado de Vida, e que estes Enfermeiros se encontrem disponíveis 24 horas por dia.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A exigência de especialização verificada nos últimos tempos determinou que a OE atribuisse o título de Enfermeiro Especialista a seis domínios específicos, entre os quais destacamos o de Enfermagem Médico-Cirúrgica. De acordo com o estipulado no Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), o Enfermeiro Especialista é alguém que demonstra um elevado nível de conhecimento e habilidades na respetiva área de especialidade. Esta pessoa possui *expertise* científica, técnica e humana, que a capacita de competências para prestar cuidados de enfermagem diferenciados e especializados. Para além da posse das habilidades específicas enumeradas nos regulamentos de cada Especialidade de Enfermagem, espera-se que estes profissionais também possuam um conjunto de habilidades compartilhadas, aplicáveis a todos os ambientes de cuidados de saúde. Estas competências comuns são descritas no Regulamento n.º 140/2019.

Estas competências são, portanto, análogas às seis áreas de Especialidade: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Comunitária. As mesmas competências são evidenciadas pela excecional habilidade de planeamento e supervisão dos cuidados de saúde, bem como pelo eficiente apoio ao exercício especializado da profissão, inclusive na área da formação, pesquisa e consultoria (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista implicam a vertente da educação da pessoa, da sua família e dos seus pares, a orientação, o aconselhamento, a predisposição para a liderança, bem como o desenvolvimento e disseminação da investigação em enfermagem, o que contribui para a evolução da prática, da profissão e da mesma enquanto domínio científico (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Segundo o Artigo 4.º do mesmo Regulamento, há um conjunto de domínios que integram as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. São eles: a) o domínio da “Responsabilidade profissional, ética

e legal”; b) o domínio da “Melhoria contínua de qualidade”, c) o domínio da “Gestão de cuidados” e d) o domínio do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Tendo em consideração os objetivos do Curso de Mestrado e os objetivos específicos que orientaram o desenvolvimento do estágio realizado e a evolução pessoal, foram desenvolvidas atividades e vividas experiências que permitiram o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, as quais serão descritas, nos pontos subsequentes, com maior detalhe.

3.1 – Responsabilidade profissional, ética e legal

Relativamente ao domínio a), as competências comuns do Enfermeiro Especialista dizem respeito ao exercício profissional de acordo com os padrões éticos e legais e com os princípios da deontologia profissional, garantindo, na prática dos cuidados, o respeito pelos direitos humanos, bem como pelo exercício da profissão. No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no Código Deontológico (2015) da profissão, encontram-se definidos todos estes princípios, direitos e deveres que a regem. Todos os Enfermeiros membros da OE regulam o exercício da sua profissão em linha com os parâmetros aí definidos. Estes documentos orientadores regulamentam a boa prática de todos os profissionais da área, sejam eles Enfermeiros Especialistas ou Enfermeiros de cuidados gerais.

No Código Deontológico de Enfermagem, encontram-se dispostos os direitos e os deveres alicerçados pelos princípios gerais da própria profissão. Segundo o artigo 99º do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015), as intervenções de Enfermagem realizadas são pautadas por um conjunto de valores inalienáveis, que têm em atenção, simultaneamente, o bem comum e a manutenção do profissionalismo.

Esta competência comum do EE alia o respeito pelos direitos humanos ao respeito pela responsabilidade profissional. Desta forma, o Enfermeiro assume o dever de não só cumprir com as normas deontológicas que regem a profissão, mas também de se

responsabilizar pelas “decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, Artigo 100.º, p. 6). Adicionalmente, o prestador de cuidados de saúde assume a responsabilidade de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, Artigo 100.º, p. 6).

O REPE estabelece, efetivamente, que, no exercício das suas funções, “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (REPE, 1996, Artigo 8º, 1). Deste modo, em consonância com o Artigo 102º do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015, alíneas a-f), relativamente aos valores humanos, é necessário que o Enfermeiro, no exercício da sua profissão, observe “os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra”, assumindo, assim, o dever de cuidar da pessoa, sem discriminação pela sua situação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. Finalmente, em consonância com todos estes aspetos, o profissional de saúde em causa não pode emitir juízos de valor sobre a pessoa ao seu cuidado, nem impor à mesma os seus valores ou a sua própria filosofia de vida.

Nos contextos de estágio na UCIP e no SU, existe uma múltipla conjugação de relacionamentos com profissionais, pessoas, famílias e instituições de saúde. Também nestes contextos estão presentes tecnologias e terapias de última geração que permitem aos profissionais dar uma resposta adequada e eficaz, salvando vidas ou prolongando-as. Neste contexto, os momentos de reflexão sobre os conceitos éticos subjacentes aos cuidados são oportunos e necessários. Segundo Madureira et al. (2007) a ética é uma parte fundamental de toda a prática de enfermagem. Os enfermeiros sentem a necessidade de cultivar um pensamento ético sólido, que possam aplicar rapidamente em situações complexas e variadas, assumindo uma responsabilidade maior. Isso exige que desenvolvam, constantemente, um espírito crítico e reflexivo em relação ao cuidado que prestam aos pacientes. O EE deve exibir capacidades de tomada de decisão baseadas em princípios, valores e normas deontológicas, assentes no seu conhecimento e na sua experiência (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No contexto de estágio do SU, assegurei a proteção da confidencialidade das PSC que estavam sob os meus cuidados. Respeitei profundamente a singularidade de cada pessoa, ofereci explicações abrangentes sobre os procedimentos planejados e permiti que as pessoas tomassem decisões informadas sobre a sua saúde, quando aplicável, incluindo a opção de aceitar ou rejeitar os procedimentos. Além disso, mantive uma comunicação transparente, procurando sempre obter o consentimento dos indivíduos, e respondendo a todas as perguntas que surgiam.

Segundo a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, do Ministério da Saúde (2017), as pessoas que utilizam serviços de saúde têm o direito à confidencialidade das suas informações pessoais, sendo obrigação dos profissionais de saúde manter em segredo todas as informações que obtêm durante o cumprimento das suas responsabilidades profissionais, a menos que haja uma lei que exija a sua divulgação, ou uma ordem judicial que obrigue à revelação dessas informações.

A preservação dos princípios da privacidade e da dignidade da PSC durante a prestação de cuidados de Enfermagem é um desafio significativo em situações de emergência. Isto ocorre, tanto devido às limitações de espaço que podem não atender às necessidades reais, como pela falta de recursos materiais e humanos. De modo a preservar a privacidade e o sigilo das PSC e dos seus familiares, implementei várias estratégias que integrei nas minhas práticas de prestação de cuidados. Estas estratégias abrangeram a utilização de biombo e o encerramento de portas, bem como a adoção de um tom de voz baixo, de forma a respeitar a privacidade e o sigilo do indivíduo em questão.

Em todo o processo de cuidar, o EE deve ter presente a componente ética, o que exige uma análise crítica do exercício profissional, questionando continuamente as práticas, mobilizando princípios e valores, e partilhando ideias e vivências. No decorrer da minha prática clínica como futura EE, primei por atuar de acordo com as normas do REPE e do Código Deontológico, objetivando, progressivamente, a excelência do exercício profissional. Respeitei os princípios ético-legais procurei estimular continuamente o espírito crítico e reflexivo, de forma a desenvolver competências profissionais e capacidades pessoais, no sentido da procura permanente pela excelência profissional.

3.2 – Melhoria contínua da qualidade

No que diz respeito a b), as competências do Domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE deve desempenhar, em primeiro lugar, “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e, em segundo lugar, contribuir para o desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”. Por último, deve garantir a existência de “um ambiente terapêutico seguro.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). Na procura permanente pela excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Todos os profissionais têm como obrigação legal e moral colaborar para a melhoria dos cuidados e para a gestão efetiva dos recursos existentes. Uma vez que os cuidados especializados em EMC têm como propósito a melhoria da qualidade da vida da pessoa, estes requerem:

“(…) a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 19361)

A equipa de Enfermagem da UCIP aposta continuamente em momentos de formação intra-equipa. Os Enfermeiros estabeleceram grupos de trabalho, sendo cada grupo responsável por estudar e trabalhar uma temática específica. Nesta unidade, os Enfermeiros empenham-se na criação de normas e de protocolos sobre as suas áreas de atuação e, após a revisão da temática, os resultados do trabalho são expostos à restante equipa, instruindo os restantes elementos. Sem sombra de dúvida, uma das formas de manter os Enfermeiros atualizados com a evidência científica mais atualizada passa pela formação baseada na evidência. Devido à pandemia por Covid-19, muitos elementos foram adicionados à equipa

de Enfermagem da UCIP, especialmente Enfermeiros mais novos e outros com menos experiência em cuidados intensivos. Esta forma de partilha de conhecimentos permite aos Enfermeiros um apoio na prestação de cuidados à PSC, cuidados estes que se caracterizam pela sua grande complexidade.

Ao refletir e dialogar com a Enfermeira Tutora, foi identificada a necessidade de aprofundar a temática do sono e do descanso da PSC internada num contexto de Cuidados Intensivos. Face a esta oportunidade, foi realizada uma pesquisa estruturada de evidência acerca das Estratégias de Enfermagem promotoras de um sono e de um descanso eficaz na PSC internada numa Unidade de Cuidados Intensivos. Esta pesquisa estruturada de evidência é apresentada no Apêndice I.

A pesquisa estruturada de evidência centrada na temática “Estratégias de Enfermagem promotoras de um sono e de um descanso eficaz na PSC internada numa Unidade de Cuidados Intensivos” foi baseada na estratégia População, Conceito e Contexto (Mnemónica PCC).

Este trabalho foi elaborado devido à identificação de fatores nesta UCIP que contribuíam para a ocorrência de distúrbios do sono na PSC internada. Este trabalho permitiu-me desenvolver habilidades e conhecimentos de forma a potenciar a melhoria contínua dos cuidados, aplicando-os no contexto de um estágio, promovendo a prática baseada na evidência científica. Possibilitou, ainda, o desenvolvimento de competências na área da investigação, da procura sistematizada da melhor evidencia científica. Estas estratégias e conhecimentos foram também transmitidos aos colegas desta UCIP, fortalecendo, assim, a capacidade de raciocínio crítico e de resolução de problemas relacionados com a pesquisa e com a inovação, garantindo a aquisição e o domínio do conhecimento.

3.3 – Gestão dos cuidados

Relativamente às competências do domínio da “Gestão dos cuidados”, estas relacionam-se com determinadas expectativas geradas em torno do desempenho do Enfermeiro, o qual deve gerir “os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde”, e adaptar a “liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). No domínio da gestão dos cuidados, encontram-se patentes as atividades inerentes à orientação e à delegação de tarefas, à gestão de recursos humanos e materiais, que integra a garantia de dotações seguras e a distribuição justa do trabalho existente, bem como a articulação com as equipas multidisciplinares, para assim desenvolver um clima propício ao desenvolvimento de práticas e motivação louváveis, conferindo um elevado grau de qualidade nos cuidados.

As “intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes” (REPE, 1996, Artigo 9.º, n.º 1). As intervenções realizadas por iniciativa própria são autónomas, de acordo com a respetiva qualificação profissional (na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, formação, assessoria, ou contributo para a investigação), e as intervenções realizadas conjuntamente com outros técnicos são interdependentes, com o propósito de alcançar um objetivo comum, antecipadamente definido por uma equipa multidisciplinar.

Em conformidade com as suas qualificações profissionais, os enfermeiros devem, como tal (REPE, Artigo 9.º, n.º 4, alínea a – g): organizar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção; devem julgar as técnicas e os meios adequados à prestação de cuidados decidida, potenciando os recursos ao seu dispor; utilizar as técnicas adequadas à recuperação das funções vitais; coordenar e dinamizar as atividades inerentes à situação do doente, qualquer que seja a sua situação (internamento, ambulatório, domicílio); devem administrar terapêutica, detetando efeitos e atuando em caso de emergência, com vista à restauração dos sinais vitais; devem participar na realização de protocolos atinentes aos critérios para a administração dos tratamentos e medicamentos; devem educar o utente relativamente à aplicação dos tratamentos/medicamentos.

Ao longo do estágio na UCIP, foi possível acompanhar a Enfermeira Tutora, que, em diversos turnos, foi responsável pela gestão do serviço. A Enfermeira Tutora era responsável pelas atividades de gestão do serviço, tais como a elaboração da distribuição da equipa de Enfermagem pelas PSC para o turno seguinte. Esta distribuição não considerava apenas o número de Enfermeiros disponíveis e o número de pessoas internadas na UCIP. Esta UCIP organiza a prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência. De acordo com Coelho e Rego (2016, p. 69), “a prestação de cuidados baseada no método de enfermeiro de referência promove a qualidade dos serviços prestados pois proporciona apoio, confiança, respeito e empatia na relação estabelecida entre a equipa, o doente e a família”. Na prática clínica, o Enfermeiro que admitiu a PSC na UCIP fica responsável pelos cuidados do indivíduo sempre que estiver a exercer as suas funções em determinado turno. Cada pessoa admitida na UCIP tem um Enfermeiro de referência atribuído, que a recebe no serviço, e acompanha tanto a PSC como a família ao longo do internamento e de todo o processo, promovendo uma relação terapêutica.

O Enfermeiro Gestor do SU deve alocar os profissionais com as habilidades referidas às equipas do SU, assumindo as responsabilidades de liderança como chefes de equipa. No contexto do estágio no SU, tive a oportunidade de participar em funções com o Enfermeiro Chefe de Equipa e responsável pelo respetivo turno. Neste SU, o Enfermeiro Chefe de Equipa é um Enfermeiro que deve possuir competências específicas do EE em Enfermagem de PSC, segundo o Parecer n.º 20/2015 (OE, 2015). Ao longo do turno, foi possível perceber as funções que o Enfermeiro Chefe de Equipa desempenha.

3.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Relativamente às competências do domínio do “desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, o profissional deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando “a sua praxis especializada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). O Enfermeiro desenvolve, por natureza, capacidades humanas, técnicas e científicas que lhe permitem avaliar, diagnosticar, investigar, interpretar e rentabilizar todos os recursos ao seu dispor, implementando-os nas situações clínicas. Para além disso,

idealmente, deve dar o seu contributo para que, no exercício da sua atividade, no domínio da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, melhore os cuidados de enfermagem, através de um conjunto de iniciativas (REPE, 1996, Artigo 9º, n.º 6): organização, coordenação, execução, supervisão e avaliação da formação dos enfermeiros; avaliação e proposta dos recursos humanos necessários para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem; proposta de protocolos e sistemas de informação benéficos a estes cuidados; avaliação técnica das instalações, dos materiais e dos equipamentos utilizados nos cuidados; colaboração na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as entidades relevantes; participação na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes; e promoção dos estudos necessários à atualização e valorização da própria profissão.

No segundo dia de estágio, tive a oportunidade de assistir, em serviço, à formação sobre cuidados de Enfermagem relacionados com a PSC que necessita de Ventilação Não Invasiva. A formação foi ministrada por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ao longo da sessão, foram abordados vários conteúdos, tais como a fisiopatologia respiratória, a interpretação do monitor do ventilador e os seus ajustes, as diferentes máscaras e interfaces disponíveis no hospital e os cuidados de Enfermagem dirigidos à PSC que necessitam da ventilação não invasiva. Esta formação foi bastante importante no percurso, permitindo-me aplicar estes conhecimentos adquiridos ao longo do estágio e, também, no contexto da prática clínica no serviço onde exerço funções.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Enfermagem, tendo registado uma notável evolução nos últimos anos, tanto na sua formação de base, como na sua complexificação e dignificação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015; REPE, 2015), conheceu um segundo desenvolvimento concetual e procedimental, ao nível específico dos cuidados de saúde, através da especificação das competências dos seus profissionais e, também, dos seus deveres e dos seus direitos.

O Enfermeiro é uma pessoa que, legalmente, possui um curso de Enfermagem que consubstancia a sua capacidade científica, técnica e humana para fornecer cuidados gerais de enfermagem a indivíduos, famílias, grupos e comunidades (REPE, Artigo 4º, n.º 2). O Enfermeiro Especialista é aquele ao qual foi reconhecida competência científica para além de cuidados de Enfermagem gerais, mais particularmente “cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015; REPE, Artigo 4º, n.º 3). Como refere o Artigo 1.º do Regulamento n.º 429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018), as competências especializadas resultam do “aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretizam-se em competências comuns” (p. 19359) e um conjunto de habilidades clínicas altamente especializadas que são aplicadas de acordo com o objetivo e o ambiente de intervenção específicos.

As competências específicas, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), são as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (p. 4745), através da adequação entre os cuidados e as necessidades das pessoas. As competências específicas são estabelecidas no Regulamento n.º 429/2018 (2018), “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”.

No Artigo 3.º, encontram-se identificadas as “Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica” (Anexo III, “Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”, OE, 2019, p. 19363), cuja área de especialização é a PSC, isto é, é alguém cuja vida se encontra em risco devido à falha iminente ou atual de uma ou mais funções vitais. A sobrevivência dessa pessoa depende do uso de métodos avançados de observação, monitorização e tratamento. Essas competências são as seguintes:

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

b) Dinamiza a resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (OE, 2019, p. 19359)

Nos subcapítulos seguintes, será apresentada uma análise crítico-reflexiva acerca do desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

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

No processo de prestação de cuidados à pessoa, família, e cuidador, auxiliando-os a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, o EE deve “[mobilizar] conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 19363). A atuação do enfermeiro especialista, neste caso, engloba a execução das seguintes estratégias:

1) “(...) observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados”;

2) “prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 19363)

Os cuidados prestados por este enfermeiro

“são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 19363)

Estes cuidados ora derivam de uma situação de emergência, de exceção, ou, eventualmente, de uma situação de catástrofe, ou ambas, colocando em perigo a vida da pessoa. O primeiro caso pode resultar de um acontecimento inesperado que, bruscamente, ameaça a integridade da pessoa e os seus órgãos vitais (uma agressão, por exemplo), requerendo assistência imediata. No segundo caso, o excepcional, “consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 19363).

Na UCIP e SU existem diversos equipamentos para a monitorização de cada PSC. Para além dos conhecimentos na abordagem à PSC, foi possível estar em contacto com equipamentos e técnicas como o sensor de pressão intracraniana, as técnicas dialíticas, o sensor de índice bispectral, a monitorização de pressão intra-abdominal, a técnica de hipotermia terapêutica, a monitorização invasiva através da linha arterial e a entubação endotraqueal. Ao longo do estágio, foram desenvolvidas novas aprendizagens, conhecimentos e competências, de forma a antecipar, identificar, planear e executar cuidados de Enfermagem especializados.

Tive a oportunidade de observar diferentes técnicas, tais como técnicas centradas na abordagem da via aérea, como a realização da entubação endotraqueal e a realização de traqueostomias percutâneas. Em diferentes oportunidades, foram cimentados os conhecimentos sobre a pessoa com entubação endotraqueal, sendo desenvolvidas competências no âmbito dos cuidados de Enfermagem neste domínio, bem como sobre os

modos ventilatórios, os diferentes ventiladores disponíveis no serviço e a interpretação dos monitores. Ao longo do tempo, fui aprimorando as minhas competências, de forma a ser capaz de, autonomamente, prestar cuidados com segurança à PSC sob ventilação invasiva. Considero que consegui alcançar destreza e habilidade nesta área e estou satisfeita com a evolução que alcancei, prestando cuidados de forma rigorosa e fundamentados.

A perícia profissional obtém-se com a prática de cuidados de Enfermagem, sendo que a excelência das competências é adquirida através das aprendizagens técnicas e práticas. Na UCIP, como já referi, desenvolvi uma pesquisa estruturada de evidência sobre as estratégias em Enfermagem promotoras de um sono e de um descanso eficaz na pessoa em situação crítica internada em UCIP (Apêndice I). As UCIP são serviços diferenciados e especializados que muitas vezes não têm rotinas ou padrões de prestação de cuidados, priorizando os aspetos técnicos e físicos da PSC (Pinho, 2020). Como tal, o ambiente das UCIP causa perturbações do sono normal à PSC, devido aos ruídos, estímulos, luminosidade, alarmes e ao próprio ruído de fundo. Consequentemente, a PSC internada em UCIP apresenta um sono insuficiente, não apresentando um padrão de sono e repouso normal. Esta pesquisa estruturada de evidência permitiu desenvolver competências de mestre, começando pelo desenvolvimento de um tema pertinente para a PSC, na pesquisa bibliográfica e no desenvolvimento escrito da mesma. Foi possível aplicar as estratégias em contexto de estágio e capacitar os colegas para um futuro.

4.2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

Perante a situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização são essenciais, a par do cuidar da pessoa, família/cuidador, auxiliando-os a vivenciar os processos complexos associados à doença crítica e/ou falência orgânica, o que constitui uma competência clínica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A par desta, a resposta do enfermeiro face às situações de emergência multivítima, exceção e catástrofe, da conceção à ação, constitui igualmente uma competência de elevada importância (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A dinamização de uma resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a sua conceção à sua ação, implica que o Enfermeiro Especialista atue, “concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2019, p. 19363).

No caso da catástrofe, esta é definida pela Lei de Bases da Proteção Civil — Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos (OE, 2019, p. 19362) materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2019, p. 19363). De acordo com o determinado pelo Código Deontológico (2015, Artigo 100.º, alínea d)), o enfermeiro deve “ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência”, assim dando cumprimento a esta sua competência específica.

O SU tem um plano de catástrofe que permite uniformizar a atuação da equipa, o qual é constituído por regras e normas de procedimento com o objetivo de minimizar as consequências de situações de exceção e catástrofe, como acidentes ou calamidades. No manual do plano de catástrofe constam, entre outras informações, os comportamentos a adotar perante situações com elevada probabilidade de ocorrência, nomeadamente no que concerne à segurança contra incêndios, pandemias ou outras situações geradoras de fluxos anormalmente elevados de doentes. Periodicamente, são realizados simulacros de forma a testar a operacionalidade do plano de emergência e treinar os profissionais de saúde. O referido manual foi analisado de forma rigorosa. O EE em EMC na área de Enfermagem à PSC tem como competência específica dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação. Por esta razão, é importante que o Enfermeiro responsável pela gestão do serviço seja um EE em EMC na área de Enfermagem à PSC, pois deve atuar, planejar e gerir de forma pronta e sistematizada, situações de emergência, exceção e catástrofe.

O EE deverá ser capaz de assegurar a eficiência dos cuidados de Enfermagem, preservando os vestígios de indícios de prática de crime segundo a unidade de competência 2.4 do Regulamento n.º 429/2018, salvaguardando a preservação de vestígios, atendendo à

cadeia de Custódia. No contexto do SU, desenvolvi uma apresentação sobre a preservação e a recolha de vestígios forenses no SU (Apêndice III).

Durante o período de estágio, não tive a oportunidade de aplicar na prática os conhecimentos adquiridos neste domínio, no entanto, poderei utilizá-los no futuro.

4.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

Na questão da maximização da intervenção no que diz respeito à intervenção, prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica, o Enfermeiro Especialista deve atuar de acordo com a complexidade da situação e com a necessidade de produzir respostas adequadas em tempoútil. Neste caso, o enfermeiro especialista deve ponderar o risco de infeção, avaliando os “múltiplos contextos de atuação”, a própria “complexidade das situações”, atendendo à “diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica”, para que salvguarde a vida da PSC, respondendo assim eficazmente no que diz respeito à prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (OE, 2019, p. 19364).

A UCIP possui infraestruturas que minimizam as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) através de quatro quartos de isolamento que foram remodelados durante o contexto de estágio para possuírem uma pressão negativa, um circuito de regeneração de ar. Adicionalmente, destaca-se a existência de lavatórios nos mesmos quartos e em locais estratégicos, de forma que os profissionais de saúde não saiam de uma unidade para outra sem lavarem as mãos. Nas unidades, existem três pontos para a desinfeção das mãos com solução alcoólica: ao fundo da cama e nas duas paredes laterais da unidade, de forma a garantir uma fácil acessibilidade. Existem, também, equipamentos de proteção individual à entrada de cada unidade, assim como *posters* espalhados pelo serviço, em pontos estratégicos, a relembrar os cinco momentos de higienização das mãos.

As equipas de Enfermagem da UCIP e do SU no qual realizei o estágio apostam continuamente em momentos de formação no seio da equipa. Uma das áreas de formação é

a promoção da implementação de feixes de intervenção no âmbito da prevenção e do controlo de infeção, principalmente associados a procedimentos técnicos como a manipulação de dispositivos médicos invasivos. A UCIP prima pelo respeito e pelo cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção, existindo sempre espaço para implementar ações de melhoria, como a revisão dos cuidados de Enfermagem associados à prevenção de infeção da monitorização hemodinâmica invasiva, através da linha arterial.

Neste domínio, tinha como objetivos compreender os procedimentos, as normas e os protocolos existentes no âmbito da prevenção e do controlo de infeção, sendo que considero ter atingido estes objetivos. Realizei a consulta dos protocolos associados às boas práticas de prevenção e controlo de infeção, desenvolvidos pela equipa do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Considero que reuni condições para desenvolver uma prática clínica segura na abordagem à PSC e na realização de cuidados de Enfermagem. Devido à pandemia por SARS-CoV2 e à prevenção da transmissão de enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos existente no local de estágio, tive também o cuidado de educar a família/cuidador em relação aos comportamentos a adotar aquando à visita da PSC.

CONCLUSÃO

Na elaboração do presente Relatório Final de Estágio, esteve sempre subjacente a diversidade de experiências vividas ao longo dos dois contextos de estágio frequentados: o primeiro decorrido entre 5 de setembro a 26 de outubro de 2022, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Hospital Central do Norte do País; o segundo entre o 27 de outubro a 27 de dezembro de 2022, no Serviço de Urgência (SU) Polivalente do mesmo hospital. Para além disso, nessa mesma elaboração, esteve também sempre presente uma componente reflexiva, que complementa as muitas experiências vividas, bem como as muitas dificuldades, o imenso trabalho, que resultaram numa aprendizagem profissional e humana significativa, advinda dos dois contextos referidos.

Num primeiro contexto de estágio, de acordo com a necessidade de demonstrar as competências científicas adquiridas, procedeu-se a uma pesquisa sistematizada de evidência sobre um tema relevante para o contexto de estágio, considerada adequada para a fundamentação do papel do EE e das intervenções de cuidados que ele desenvolve, direcionadas à salvaguarda do bem-estar da PSC. Num segundo momento de estágio, foi realizada uma apresentação sobre um tema pertinente.

A estrutura do presente Relatório passou, igualmente, por uma reflexão geral acerca do papel fulcral da formação contínua na profissão de Enfermagem, na qual a ação exige um grande espírito crítico. Como verificámos, há uma necessidade de atualização de conhecimento, que tem a ver com uma diferente exigência técnico-científica que é colocada a este profissional, à qual responderá a especialização. A experiência de estágio é, pois, considerada uma etapa indispensável para corresponder a essa exigência.

Uma reflexão precisa sobre a experiência pessoal de estágio e sobre os locais onde a mesma decorreu faz parte deste Relatório. Assim, foi realizada uma descrição destes locais, nas suas mais diversas áreas dedicadas à PSC, com a indicação das atividades realizadas, bem como das competências desenvolvidas, ao longo do estágio, através das mesmas. No Estágio I – UCIP, em unidade de Nível III, foi possível contactar com conhecimento

científico e experiência, bem como com vasta tecnologia de apoio, que possibilitou uma grande aprendizagem acerca da PSC, em contexto hospitalar. No Estágio II – SU, um contexto também específico que contemplou o trabalho em sala de emergência, triagem, o acompanhamento de doentes com pulseira amarela a necessitar de exames complementares de diagnóstico, entre outras situações.

Ao longo do estágio, foi possível verificar que a PSC, na sua condição particular de grande fragilidade física e mental, muitas vezes não se encontrava capaz de participar no processo de tomada de decisão, razão pela qual caberia à equipa interdisciplinar agir em seu favor. Este tipo de intervenção envolveu questões éticas e deontológicas complexas. Percebemos, igualmente, a importância efetiva de a atuação do Enfermeiro ser realizada de acordo com o seu Código Deontológico, na medida em que ele tem o dever de cuidar da pessoa, evitando qualquer tipo de discriminação, seja ela económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, devendo respeitar os direitos humanos, protegendo a pessoa vulnerável e a sua família, alicerçando as suas decisões não só em competências técnicas como também humanas.

Durante o estágio, não ocorreu qualquer situação que se enquadrasse nos critérios de situações de ativação de emergência multivítima, exceção e catástrofe, mas, em termos profissionais, foi possível aproveitar a oportunidade para desenvolver um conhecimento mais aprofundado sobre o plano de emergência e catástrofe da instituição em causa, contando, para tal, com o apoio do Enfermeiro Tutor e todo o seu historial de experiência vivida e respetivas dificuldades pessoais e profissionais.

Através do presente Relatório Final de Estágio, foi abordado o conjunto de competências comuns esperadas do Enfermeiro Especialista, como também o conjunto de competências específicas adquiridas por esse mesmo enfermeiro no caso particular da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Estas últimas foram as que, pessoalmente, foram desenvolvidas nos contextos de estágio frequentados, estando as primeiras (as competências comuns) naturalmente implicadas nas experiências vividas nesses mesmos contextos.

Desta forma, o presente Relatório apresentou a definição dessas competências, procurando, também, refletir acerca da forma como estas foram alcançadas ao longo do percurso. Foi importante incluir uma descrição pormenorizada dos contextos de estágio, nos quais teve lugar a prática clínica de Enfermagem, pois foram estes contextos que permitiram

adquirir um conhecimento direto da situação complexa vivida pela PSC. Nestes contextos, foi possível entender que o internamento dessa Pessoa exige uma prática e vigilância rigorosas, as quais devem ser exercidas em total acordo com os princípios estabelecidos tanto pelo REPE como pelo Código Deontológico.

O estágio realizado nestes contextos específicos permitiu uma contextualização prática das capacidades comuns exigidas ao Enfermeiro, nomeadamente: (a) “Responsabilidade profissional, ética e legal”; b) o domínio da “Melhoria contínua de qualidade”, c) o domínio da “Gestão de cuidados” e d) o domínio do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). Para além disso, permitiu a aquisição de novas competências técnicas especializadas e o aprofundamento do conhecimento teórico já desenvolvido, de modo que, futuramente, seja capaz de cumprir a função de EE em EMC, na Área de Assistência à PSC. O aprofundamento do conhecimento teórico já desenvolvido, a partir dessa prática, também ajudará a fundamentar a tomada de decisão futura, partindo da evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Administração Central do Sistema de Saúde.

Amélia Rego e Patrícia Coelho. (2016). Organizar a Prestação de Cuidados por “Enfermeiro de Referência” Promove a Qualidade. *Revista Servir* Volume 59, Nº 5-6, Set-Dez 2016

Batista, M. I. (2019). *Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico*. [Relatório Final, 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica]. Instituto Superior Politécnico de Viseu. Disponível em URL: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5481/3/MariaIreneGomesBatista_DM.pdf>

Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde-Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República* n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11. Disponível em URL: <<https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/despacho/10319-2014-55606457>>

Despacho n.º 13427/2015 de 20 de novembro, do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República* n.º 228/2015, Série II de 2015-11-20. Disponível em URL: <<https://files.dre.pt/2s/2015/11/228000000/3381433816.pdf>>

Dias, E. P.; Stutz, B.; Resende, T., Batista, N.; Sene, S., Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde (2014). *Revista de Psicopedagogia*. 31 (94), 44-55. Disponível em URL: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v31n94/06.pdf>>

Eriksson-Liebon, M., Roos, S., & Hellström, I. (2021). Patients' expectations and experiences of being involved in their own care in the emergency department: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(13-14), 1942-1952. Disponível em URL: <<https://doi.org/10.1111/jocn.15746>>

Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, da Ordem dos Enfermeiros. (2009). Diário da República n.º 180/2009, Série I de 2009-11-16. Disponível em URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/Lei_111_2009.pdf>

R. A. Leite (2013). Competências essenciais de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI: avaliação e revisão curricular [Dissertação de Mestrado não publicada]. Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. Disponível em URL: <<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1613/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Rita%20Leite.pdf>>

Nunes, D., Gouveia, J., Sousa, J. P., Paiva, J. A., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva. Disponível em URL: <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/08/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-da-RNMI-Aprovado-MS.pdf>>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código deontológico*. Disponível em URL: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Parecer do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Disponível em URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (1998). *REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril)*. Disponível em URL: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Parecer n.º 20/2015 – Assunto: Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa dos Serviços de Urgência*. Disponível em URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 14/2018 (Retificado) – Assunto: Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação – Posto de Trabalhos nos Serviços de Urgência/Emergência*. Disponível em URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). *Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas áreas de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, à Pessoa em Situação Paliativa, à Pessoa em Situação Perioperatória e à Pessoa em Situação Crónica*. Disponível em URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10881/programa-formativo_eemc_rev33_vf.pdf>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referenciação de Medicina Intensiva*. Disponível em URL: <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>>

Penedo, J. M., Ribeiro, A. A., Lopes, H. A., Pimentel, J. M., Pedrosa, J. A., Sá, R. A., & Moreno, R. P. (2016). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final*. Governo de Portugal.

Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Ponce, P; Mendes, J. J. (2019). *Manual de Urgências e Emergências*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República n.º 86/2017, Série I de 2017-05-04. Disponível em URL: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/153-2017-106970981>>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Disponível em URL: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. Disponível em URL: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>>

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25. Disponível em URL: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>>

Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Disponível em URL: <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>>

PARTE II – Apêndices

Apêndice I – Estratégias em Enfermagem promotoras de um sono e de um descanso eficaz na pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos: Pesquisa estruturada de evidência



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
- ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA**

**Estratégias de Enfermagem promotoras de um sono e de um
descanso eficaz na pessoa em situação crítica internada em Unidade
de Cuidados Intensivos: Pesquisa estruturada de evidência**

Estudante: Marina de Sá nº 396421031

Sob orientação de: Professora Doutora Patrícia Gonçalves

INTRODUÇÃO

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) / Serviços de Medicina Intensiva são serviços habilitados e qualificados, responsáveis pela pessoa em situação crítica (PSC) em qualquer localização do hospital. Tornam-se, assim, locais que assumem a responsabilidade pela PSC, 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 8656).

Os distúrbios do sono nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) têm sido estudados ao longo dos anos. De acordo com Medrzycka-Dabrowska *et al.* (2018), existem fatores inerentes às UCI que causam distúrbios do sono nas PSC, tais como o ambiente envolvente e as intervenções de terapêutica invasiva. A capacidade de obter um sono reparador depende de alguns fatores intrínsecos da PSC, como a própria patologia e a sua gravidade, bem como a experiência anterior de sono e descanso.

Segundo Ritmala-Castren *et al.* (2015), o sono é importante para recuperar e recarregar as energias do corpo, especialmente do cérebro, constituindo uma função vital para a recuperação da PSC. O ambiente das UCI pode ser hostil, provocando um sono fragmentado, com consequências a nível fisiológico, tais como o aumento da resistência a infeções, o aumento da secreção da hormona do crescimento, o aumento da tolerância à glicose e a diminuição da atividade simpática. Podem existir, também, alterações nas funções cognitivas como a perda de memória a curto prazo.

MÉTOLOGIA

Tendo como ponto de partida a questão de investigação “Quais as estratégias de Enfermagem promotoras de um sono e de um descanso eficaz da pessoa em situação crítica internada numa Unidade de Cuidados Intensivos?”, foi realizada uma pesquisa estruturada de evidência, utilizando a estratégia População, Conceito e Contexto (Mnemónica PCC), apresentada no Quadro 1.

Quadro 1: Mnemónica PCC

	População	Conceito	Contexto
PCC	Pessoas em situação crítica	Estratégias de Enfermagem promotoras de um sono / de um descanso eficaz	Unidades de Cuidados Intensivos

Os critérios de inclusão definidos foram: estudos que abordam todos os conceitos definidos na PCC, dando resposta à questão da investigação. Os critérios de exclusão definidos foram artigos que se referiam a pediatria, neonatologia ou a pessoas com menos de 18 anos.

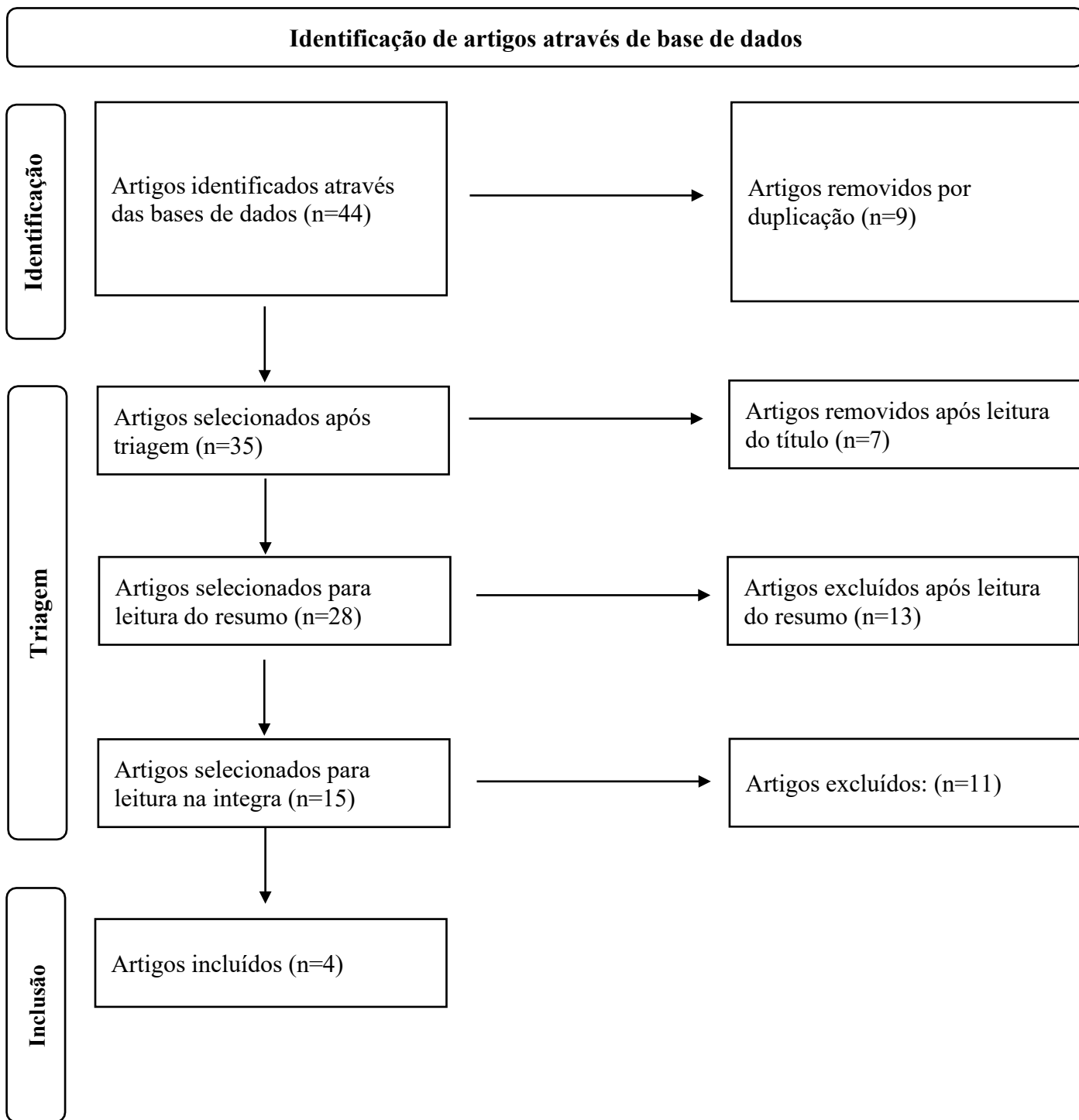
A pesquisa para a pesquisa estruturada de evidência foi realizada em três bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Academic Search Complete. Partindo da questão de pesquisa, foram pesquisados os termos MeSH indicados para a realização da mesma, sendo eles: *sleep; rest; intensive; care; nursing, care*. Tendo estes termos em consideração, foi construída a frase booleana: TI (sleep* or rest*) AND TI “intensive care” AND AB “nurs* care”.

Foram inicialmente identificados 44 artigos. Após remoção dos duplicados, ficaram 35 artigos. Na sequência da aplicação dos limitadores de pesquisa de idioma e artigos com menos de 10 anos, permaneceram 35 artigos. Foram aplicados os critérios de exclusão, retirando 5 artigos que se referiam a neonatologia e pediatria. Não foi possível aceder a 2 artigos por não se encontrarem disponíveis gratuitamente. Foi realizada a leitura na íntegra de 28 artigos. De seguida foi necessário excluir desse conjunto 11 que não iam ao centro da questão de investigação, ficando 4 artigos seleccionados.

A figura 1 apresenta o fluxograma de Preferred Reporting Items for Systemic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) referente ao processo de seleção dos artigos nesta pesquisa sistematizada de evidência.

Definiram-se, para além disso, limitadores de pesquisa: período temporal 2012-2022 (últimos 10 anos) e idiomas: inglês, espanhol e português. Os 4 artigos seleccionados foram publicados entre abril de 2020 e junho de 2021, em dois países: Espanha e Estados Unidos da América. Dos 4 artigos, 3 são revisões da literatura e 1 uma revisão sistemática. A amostra dos artigos encontra-se entre 9 e 54 artigos. Os 4 estudos são conduzidos em UCI Polivalentes.

Figura 1: Fluxograma PRISMA referente ao processo de seleção dos artigos



RESULTADOS / DISCUSSÃO

Como salientado através da esquematização do **Quadro 2: Quadro de evidências**, Grimm (2020) (Artigo I), que aborda a questão da privação de sono em ambiente de UCI, considera (em consonância, aliás, com The Society of Critical Care Medicine), que ela é a principal causadora do desenvolvimento do *delirium* nos pacientes adultos internados em tal unidade. O seu estudo conclui que a prevenção e controlo dessa privação será importante para a redução deste fenómeno nessa população. Para tal, propõe uma abordagem multifacetada e multidisciplinar.

A sua revisão de literatura, cujo objetivo é o de identificar abordagens práticas para prevenir e tratar a privação de sono em UCI de pacientes adultos, apurou a existência de um conjunto de fatores modificáveis e não modificáveis frequentemente abordados, como a interação relativa a cuidados prestados, a luz, o ruído, o efeito da medicação e problemas pré-existentes de privação de sono. Esta privação, sendo comum nos pacientes internados em UCI, está associada ao seguinte conjunto de fatores: stress emocional, sistema imunitário comprometido, problemas cognitivos, complicações musculares, anormalidades respiratórias e ventilação mecânica prolongada (Grimm, 2020).

Consequentemente, os pacientes internados em UCI manifestam maior incidência de ineficiência de sono, maior fragmentação no mesmo, reduzida presença de sono restaurador e despertar noturno frequente. Alguns dos fatores presentes, neste particular contexto hospitalar, que para isso contribuem, são: o ruído, a luz, a assincronia paciente-ventilador, os efeitos da medicação e atividades de prestação de cuidados de saúde (Grimm, 2020).

No ano de 2018, a Society of Critical Care Medicine emitiu um guia prático atualizado com alguns elementos de prevenção e gestão da dor, agitação/sedação, *delirium*, imobilidade,

disrupção de sono nos pacientes adultos de UCI, o guia PADIS. Esse guia oferece diretrizes para a prática clínica relativamente à privação de sono em ambiente UCI (Grimm, 2020, p. 16). Este guia considerava já um conjunto de intervenções não farmacológicas, como implementar horas de silêncio noturno; o recurso a tampões para os ouvidos e máscaras para os olhos; o agrupamento das atividades de cuidados noturnos; a maximização dos cuidados de enfermagem durante o dia. O mesmo guia sugeria que se evitasse certas soluções farmacológicas, como as benzodiazepinas e antidepressivos tricíclicos, recomendando uma aplicação tendencialmente reduzida (Grimm, *ibidem*).

Como salienta Grimm (2020), na sua análise, esse guia associa o *delirium* à privação de sono, sendo este problema particularmente complexo na população internada em UCI, pois pode levar a perturbações de sono que se estendem para além da fase da doença crítica. Por esta razão, este autor considera importante que o problema seja abordado no cuidado do paciente (*ibidem*, p. 18). Conforme analisa, com recurso à polissonografia, alguns estudos que examinaram a quantidade/qualidade de sono na UCI, concluíram que os pacientes alcançavam algum sono restaurador, mas, ainda assim, fragmentado, com redução das fases REM, as quais são consideradas as mais restauradoras.

De acordo com a sua avaliação, existem dois grupos de fatores que contribuem para a privação de sono em UCI: os ambientais e os não ambientais. No primeiro caso, temos a doença, a dor, os efeitos da medicação, os fatores psicológicos (ansiedade, medo, preocupação, solidão), os fatores de privação preexistentes, historial de medicação soporífera, fatores respiratórios e ventiladores. A presença destes pode piorar a qualidade do sono, perturbando o ritmo circadiano e a fragmentação do sono. Apesar disso, a relação é polémica e alguns investigadores não encontram correlação entre a privação de sono e a presença de um ventilador. Os fatores ambientais que podem contribuir para a privação de sono incluem o barulho, as atividades de cuidado dos pacientes, as camas desconfortáveis, as visitas, os odores, a exposição contínua à luz. Muitos dos fatores que influenciam o sono são modificáveis e podem ser adaptar-se a uma abordagem padronizada (Grimm, 2020).

É importante a implementação precoce de medidas preventivas de carácter individual, com base num julgamento clínico e princípios gerais de uma boa prática de Enfermagem,

numa problemática que é de natureza multifatorial. Uma rotina de higiene de sono deve ser, assim, o objetivo principal do cuidado de Enfermagem. O protocolo recomendado pelo PADIS é multicomponente. Alguns estudos comprovam a sua eficácia e a eficácia da vertente multidisciplinar, que inclua estratégias (Grimm, 2020, p. 19) de redução dos fatores de risco, enquanto permite uma avaliação individualizada.

A intervenção precoce de Enfermagem é útil no desenvolvimento imediato de um plano que reduza os sinais e sintomas do *delirium*, bem como a duração do problema e as suas sequelas. Essa intervenção inclui o melhoramento do bem-estar cognitivo do paciente, promovendo a sua sensação de conforto e segurança. A necessidade de reduzir a frequência da intervenção de cuidados nos pacientes críticos é importante porque ela implica a não perturbação do sono restaurador. A muda da roupa de cama, o banho, a medicação, o exame radiológico de rotina e os hemogramas podem ser mais concentrados para melhoria da qualidade de sono do paciente, readequados para períodos não noturnos. A exposição contínua à luz, nomeadamente a solar, em vez de à artificial, é recomendada. Esta é benéfica, segundo alguns estudos, mas exposição noturna à luz não é (Grimm, 2020, p. 20).

De facto, como observam Edvardsen & Hetmann (2020), são muitos os desafios que os Enfermeiros da UCI enfrentam, na abordagem da problemática do sono na PSC, devido ao elevado ruído, atividades constantes, luz artificial, um ambiente característico dessa unidade, que não é favorável a esse estágio de descanso. Também estes autores, como Grimm (2020), confirmam que a perda do sono de qualidade aumenta o risco de desenvolver *delirium*, especialmente em pacientes idosos, comprometendo o seu sistema imunológico e o processo de cicatrização. Por esta razão, a sua investigação foi desenvolvida no sentido de encontrar um conjunto de atividades de cuidados de enfermagem que promovam o sono de pacientes adultos em cuidados intensivos.

Neste caso concreto, desta revisão, surgiram 8 recomendações principais: a deredução do ruído, a da utilização de tampões para os ouvidos e máscaras para os olhos, a da audição de música, para promoção da restauração do ritmo circadiano natural, do controlo do tempo de utilização do tempo de silêncio, a do agrupamento das atividades de cuidados de enfermagem à noite e a da otimização dos modos de ventilação. A promoção do sono, na

PSC, tem de ser uma preocupação central nos Enfermeiros de UCI, quer durante o dia e a noite, para que seja mantido o ritmo circadiano natural dos pacientes. Independentemente disso, a força dessas recomendações poderá vir a ser alterada, por outras que possam ser adicionadas Edvardsen & Hetmann (2020).

Edvardsen & Hetmann (2020) têm como propósito apresentar um conjunto de recomendações não-farmacológicas a serem utilizadas nos cuidados de Enfermagem UCI, com o intuito de promover o sono na PSC dessa unidade, tendo por base provas científicas, experiências clínicas, e perspectivas dos pacientes. Relativamente às recomendações em particular. Considerando que os níveis de ruído das UCI excedem os recomendados pela OMS, a sua redução será ideal, nomeadamente através de uma reeducação do *staff* sobre as suas atitudes, consequências e forma de as alterar, implementando protocolos adequados. A consciencialização para a eficácia de pequenas medidas como fechar a porta do quarto, baixar o volume dos monitores, ventiladores, máquinas de diálise, fazem toda a diferença, e são de implementar. A personalização dos aparelhos disponíveis consoante o paciente, bem como níveis de alarme de acordo com o que se passa no ambiente é outra.

Edvardsen & Hetmann (2020) recomendam o uso de tampões nos ouvidos e de máscara nos olhos, estas menos. Os tampões servem para conseguir isolar o ruído e podem ajudar a melhorar o sono, reduzindo o risco de *delirium*. Alguns estudos comprovam-no, mas as suas amostras são pequenas. Qualquer um destes objetos são recomendados apenas para pacientes que mantêm um nível de alerta adequado e conseguem cooperar, não para os que precisam de assistência constante. A música é, contudo, de recomendação fraca, apesar de alguns estudos terem demonstrado a sua relativa eficácia.

O tempo de sossego ou silêncio é outra das suas recomendações. Este deve concentrar-se durante o dia, pois tem efeitos positivos no sono noturno. Deve ser realizado através da diminuição da luz e do ruído. Ainda que se coloque a questão da privação do doente do contato com a luz natural, que restaura o ritmo circadiano próprio, a referida redução é favorável a que outros estímulos sejam simultaneamente reduzidos, dando ao paciente a hipótese de descansar. Durante este período, devem ser suspensas as atividades de fisioterapia e as visitas. Trata-se, aqui, de uma opção de baixo custo, realizável.

As intervenções dos cuidados de Enfermagem são consideradas responsáveis pela perturbação do sono dos pacientes, pelo que o agrupamento das mesmas podia produzir melhoramentos na qualidade do sono da PSC. Esta recomendação é, no entanto, considerada fraca. Para além desta recomendação, o tratamento através de ventilador é também uma recomendação considerada fraca, porque afeta a qualidade do sono, por causa dos alarmes, os frequentes despertares. Ele produz assincronias. A fraca qualidade de sono da PSC está associada à ventilação mecânica prolongada, ao risco de desenvolvimento do *delirium*, e à prolongada estadia hospitalar.

Esses fatores de risco chamam a atenção para a importância da promoção do sono em UCI. Para isto, é necessário aumentar o nível de conhecimento dos Enfermeiros, a sua consciencialização da problemática, e incentivar à adoção de medidas que produzam melhoramento. Há ainda muitos desafios, sobretudo quando a tendência atual é para manter esses pacientes mais despertos, ou seja, menos sedados. Os Enfermeiros devem ter a noção de que a qualidade do sono deve ser vigiada ao longo do dia e da noite, daí a adoção de medidas vocacionadas para os dois períodos que se influenciam mutuamente (Edvardsen & Hetmann, 2020, p. 6). É necessário aprofundar a investigação, sobretudo no que diz respeito a uma maior individualização na aplicação de medidas para melhoria da arquitetura do sono é inegavelmente recomendável.

Bellon *et al.* (2021) têm por objetivo fazer uma síntese da literatura sobre os efeitos das intervenções de Enfermagem na qualidade do sono entre pacientes UCI e não UCI. Este conjunto de autores sublinha que a fraca qualidade de sono é uma característica comum aos doentes hospitalizados e que os Enfermeiros podem contribuir para o melhoramento da sua qualidade e duração. Bellon *et al.* (2021) agrupam as intervenções em 3 categorias: ambientais, de barreira e internas. Pretendiam, com isso, ter uma visão mais geral, mas consideraram que os resultados foram inconsistentes, pois a fraca qualidade dos artigos revistos, não permitiu alcançar conclusões absolutas.

Bellon *et al.* (2021) consideraram que o impacto das alterações ambientais sobre a qualidade de sono dos pacientes é positivo, sendo esta consideração inconclusiva. O recurso a tampões de ouvidos, máscara para os olhos, música, acupunctura demonstrou ter resultados

moderadamente positivos (Bellon *et al.*, 2021, p. 1). A sua investigação permitiu também concluir que, nos últimos anos, foram implementadas várias estratégias para melhoria da qualidade do sono e que o foco das mesmas recaia sobre as intervenções de Enfermagem. Deste modo, é preciso avaliar que intervenções de Enfermagem serão mais eficazes para produzir essa melhoria os doentes internados em UCI e fora de UCI.

Para uma melhor observação dos efeitos das intervenções de Enfermagem, os autores classificaram-nas em grupos de 3: Grupo 1) intervenções ambientais; Grupo 2) intervenções de barreira; Grupo 3) intervenções internas. As do Grupo 1, têm a ver com a implementação de protocolos de tempo de silêncio, aumentando a exposição à luz durante o dia e reduzindo-a à noite, bem como o recurso a elementos que disfarçam os sons. Estudos registaram melhoria no sono com a sua aplicação, no primeiro caso em não UCI. A mais estudada é a da redução do barulho no período noturno em não UCI, sendo este usado com a redução de luz e cuidados prestados ao paciente (Bellon *et al.*, 2021, p. 8). Os resultados são inconclusivos, mas são reportados benefícios.

Quanto ao Grupo 2, intervenções de barreira, elas têm a ver com o recurso a tampões de audição e máscaras de olhos. São benéficos, mas os resultados reportados permanecem inconclusivos. Quando ao Grupo 3, estratégias internas, têm a ver com o recurso a estratégias que ajudam a acalmar o paciente, predispondo-o ao sono, através de técnicas de relaxamento, aromaterapia, acupunctura, música apaziguadora e massagem (Bellon *et al.*, 2021, p. 9). Esta revisão de literatura (Bellon *et al.*, 2021) permitiu identificar as intervenções de Enfermagem disponíveis de forma a melhorar a qualidade do sono de pessoas em situação crítica admitidas numa UCI. Nos 4 artigos analisados, o controlo do ruído em contexto de UCI, o uso de tampões de ouvidos, o uso de máscaras de olhos e o de técnicas de relaxamento foram as intervenções não farmacológicas mais utilizadas pelos Enfermeiros, mas foi considerada a necessidade de mais estudos.

Diferentemente dos artigos revistos anteriormente, o propósito de Bellon *et al.* (2021) foi mais abrangente, pois pretenderam identificar as intervenções de Enfermagem passíveis de serem aplicadas em UCI e outros contextos de internamento. Consideraram difícil encontrar aquelas que se adaptam a todos os ambientes de modo uniforme. O certo é a luz e

barulho noturnos têm consequências sobre a privação de sono, havendo provas moderadas de que a sua redução tem efeitos positivos, pelo menos através do estabelecimento de protocolos pré-definidos. Os tampões e as máscaras, como intervenções ambientais, são pouco utilizadas (Bellon *et al.*, 2021, p. 11); as técnicas de relaxamento terão alguma eficácia, mas esta questão requer mais aprofundamento.

Em termos de limitações, é preciso salientar que o perfil dos pacientes que constituíam o objeto de estudo dos artigos analisados era demasiado heterogêneo. A sua amostra era também muito pequena, os pormenores adiantados escassos, o que tornou, para os autores difícil a comparação e, finalmente, a capacidade de alcançar conclusões definitivas. Para além disso, Bellon *et al.* (2021) consideram ainda que as próprias intervenções de Enfermagem, sendo essenciais para a melhoria da qualidade de sono dos pacientes, em qualquer situação de internamento, são de carácter heterogêneo, sendo necessário o desenvolvimento de estudos mais delimitativos (Bellon *et al.*, 2021, p. 12). Independentemente disso, acreditam que quer os tampões, as máscaras, a música, acupunctura não têm nenhuma aplicação de efeito negativo.

Como conclusão, adiantam que as interrupções do sono são muito comuns entre pacientes hospitalizados, mas ainda existe um desconhecimento sobre a eficácia das intervenções de enfermagem para melhorar a sua qualidade. O uso de protetores auriculares e máscaras para os olhos, musicoterapia e acupunctura pareceram ser as intervenções de enfermagem mais eficazes na melhoria da qualidade do sono em pacientes hospitalizados. Essas descobertas podem ajudar a equipa de enfermagem e o hospital a desenvolver políticas práticas para oferecer um melhor cuidado centrado no paciente (Bellon *et al.*, 2021, p. 13).

Jun, Kapelle, Hersberger (2021) procuraram avaliar o uso atual de intervenções não-farmacológicas em PSC em UCI, no sentido de produzir recomendações para uma atuação futura. Entre essas intervenções, estavam o uso de tampões de ouvido, máscara para os olhos, ruído branco, música, aromaterapia, massagem, acupressão, intensidade da luz, protocolo de higiene do sono, tempo de silêncio e minimização dos cuidados de enfermagem. Todas essas intervenções envolveram fatores ambientais ou estratégias complementares de relaxamento. As intervenções não-farmacológicas mais frequentemente utilizadas foram a aromaterapia

por si só ou a sua combinação com tampões para os ouvidos e máscara para os olhos, conjuntamente. Conclui-se que as intervenções não-farmacológicas podem ser benéficas para a qualidade do sono em pacientes UCI e que as rotinas das atividades de intervenção de Enfermagem podem ser adaptadas para acomodar esse benefício (Jun, Kapelle, Hersberger, 2021, p. 9).

Os autores consideraram que as intervenções não farmacológicas do sono podem ter uma influência positiva na qualidade do sono em pacientes críticos, mas mais pesquisas são necessárias para determinar sua eficácia. Os Enfermeiros de UCI devem avaliar a influência de todos os fatores ambientais modificáveis que possam afetar a qualidade de sono dos pacientes. É necessária maior atenção aos cheiros, temperatura do quarto como fatores ambientais de relevo, que também afetam a qualidade do sono, pois estes elementos não foram abordados nas intervenções reportadas.

Em termos de medição, foram considerados elementos subjetivos, como os dados fornecidos pelo paciente e as observações da Enfermagem e objetivos, como a polissonografia. Relativamente às intervenções não-farmacológicas, 20 estudos identificaram os tampões auditivos, a máscara visual, o ruído branco, a música, a aromaterapia, a massagem, a acupressão, intensidade luminosa, o protocolo de higiene de sono, o tempo de repouso e a minimização dos tempos de cuidado. Em oito deles, o ruído branco, a música, a intensidade da luz e a aromaterapia e massagem de costas foram consideradas como intervenções. Nos sete estudos experimentais, as intervenções foram consideradas eficazes, mas, nos observacionais, envolvendo a intensidade da luz, não se observou correlação significativa entre os níveis de luminosidade durante o sono e a qualidade deste.

O ruído branco ajudou a diminuir os efeitos do ambiente, induzindo o relaxamento; a música ajudou a reduzir a percepção do barulho e na redução do stress, contribuindo para o relaxamento, e todos estes para a qualidade do sono. A aromaterapia tem efeitos sobre o relaxamento mental, físico e espiritual. A aplicação de lavanda, por exemplo, teve efeito sobre a qualidade do sono. A massagem nas costas melhorou também esta qualidade, bem como o relaxamento muscular, a circulação sanguínea e o conforto. O conjunto das

intervenções (tampões, máscara, ruído, barulho) revelou melhoria no sono (Jun, Kapelle, Hersberger, 2021, p. 4), em alguns estudos e não noutros.

A intervenção multifatorial, com o intuito de minimizar os fatores stressores (tempo de silêncio, protocolo de higiene de sono, fecho da porta do quarto do paciente, limitação de atividades de cuidado, das visitas) tem efeitos positivos. Do mesmo modo, agrupar estratégias de relaxamento, como a acupressão, com aromaterapia, melhora a circulação do sangue e previne a insónia. As abordagens referidas nos estudos, controlo dos stressores ambientais e aplicação de técnicas de relaxamento, como intervenções não-farmacológicas, melhoraram a qualidade do sono.

Há medidas a implementar que podem benéficas na redução da intervenção de cuidados, como o recurso a um eletroencefalograma portátil, mais cómodo na utilização e sem grandes custos, porque foi observado que os cateteres urinários, entre outros elementos, também provocavam disrupção no sono. Para além disso, a perturbação é derivada do barulho excessivo, como aquele que está associado ao funcionamento dos ares condicionados, ventilação, dos aparelhos respiratórios de suporte, equipamentos e telefones, das conversas entre *staff*, bem como da iluminação artificial e vigilância dos sinais vitais da Enfermagem.

Alguns pacientes não toleram nem os tampões auditivos nem a máscara visual, mas também não é tolerável o cheiro desagradável a odores relacionados com a doença (Jun, Kapelle, Hersberger, 2021, p. 6). As técnicas aqui descritas, não sendo globalmente toleradas, têm efeitos globais positivos. Sobretudo nos países asiáticos, elas têm maior aceitação, pois há uma gradação cultural a ter em conta. O ocidente está menos apto a lidar com estas intervenções, mas têm um custo-benefício muito atrativo:

Single and bundled relaxation strategies such as sedating music, aromatherapy, acupressure, and massage showed positive impacts on sleep quality. A holistic nursing approach focusing on mind–body interaction facilitates use of these strategies for sleep improvement by promoting relaxation and blood circulation as well as reducing stress and reactions of the sympathetic nervous system (Su et al., 2012). Relaxation interventions have been used to reduce anxiety, pain, blood pressure, heart rate or serum biomarkers as psychological and biophysiological

outcomes, but historically they have rarely been applied for sleep (Jagan et al., 2019). In the past decade, however, we found that relaxation interventions for sleep have been increasingly conducted and have shown their effectiveness for sleep improvement. (Jun, Kapelle, Hersberger, 2021, p. 8).

A intervenção farmacológica, através de sedativos, antipsicóticos e analgésicos é frequentemente utilizada como auxiliar no tratamento da problemática da privação de sono nos pacientes UCI, mas resulta numa respiração deficitária, tolerância, dependência e *delirium*. Por esta razão, não é globalmente recomendada, o que tem vindo a aumentar o interesse por soluções não farmacológicas. Estas têm um custo e risco menores para o paciente, são mais convenientes e não-invasivas, com benefícios para a redução do stress e ansiedade (Jun, Kapelle, Hersberger, 2021, p. 2).

Desta forma, a privação e tratamento da problemática do sono em UCI tem vindo a ser alvo de grande interesse por parte dos estudos de investigação, nomeadamente a partir da forma como a intervenção dos cuidados de Enfermagem podem funcionar como polo catalisador para a sua mitigação a longo prazo. A nossa revisão de literatura, sob a sua forma esquematizada e reflexão textual, centrada sobretudo no modo como a intervenção não farmacológica, multifacetada e multidisciplinar, pode prestar um contributo significativo para reduzir a incidência dessa privação e das suas consequências nocivas sobre a PSC em UCI (principalmente nesta), vai também no sentido de revalidar a importância que tem sido atribuída ao papel da figura do Enfermeiro e sua atuação nesta área.

A presente revisão de literatura permitiu identificar as intervenções de Enfermagem disponíveis de forma a melhorar a qualidade do sono de pessoas em situação crítica admitidas numa UCI. Nos 4 artigos analisados, o controlo do ruído em contexto de UCI, o uso de tampões de ouvidos, o uso de máscaras de olhos e o uso de técnicas de relaxamento foram as intervenções mais utilizadas como intervenções não farmacológicas pelos Enfermeiros.

A avaliação do sono, em contexto de UCI, é difícil. Segundo Younis & Batiha (2018), a qualidade do sono pode ser avaliada através de medidas objetivas, pela observação realizada; pelos Enfermeiros, e através da perceção das pessoas. As medidas objetivas que podem ser usadas centram-se no uso de dispositivos médicos como a polissonografia ou a

actigrafia. Segundo Rundo & Downey 3rd (2018), a polissonografia refere-se a um processo sistemático usado para recolher parâmetros fisiológicos durante o sono.

Os 4 artigos analisados estão em consonância, pois referem que a diminuição do ruído nas UCI tem impacto na qualidade do sono na PSC e aludem ao uso de tampões para os ouvidos como forma de diminuir o distúrbio. O uso de máscaras de olhos constitui igualmente uma intervenção não farmacológica identificada nessas mesmas 4 reflexões científicas.

Para além dessas duas intervenções não farmacológicas, há ainda o recurso à musicoterapia ou ao ruído branco, métodos reconhecidos em Grimm (2020) – Artigo I; Edvardsen & Hetmann (2020) – Artigo II; Bellon *et al.* (2020) – Artigo III; Jun, Kappelle, HersBerger (2021) – Artigo IV. Este último indica que a música relaxante pode ajudar, mas que não existe evidência científica suficiente que a comprove como uma intervenção suficiente para promover o sono.

Bellon *et al.* (2020) – Artigo III indica que as técnicas de relaxamento têm baixa evidência científica nas revisões da literatura, sendo que Jun, Kappelle, HersBerger (2021), no Artigo IV, consideram que essas técnicas, entre as quais está a massagem de costas ou a aromaterapia, constituíram uma ajuda na promoção de um sono eficaz.

Quadro 3: Quadro de evidências

<p>INFORMAÇÃO BIBLIOGRÁFICA</p>	<p>Grimm (2020) – «Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient» (Artigo I)</p>	<p>Edvardsen & Hetmann (2020) – «Promoting Sleep in the Intensive Care Unit» (Artigo II)</p>	<p>Bellon <i>et al.</i> (2021) – «Effects of nursing interventions to improve inpatients sleep in intensive and non-intensive care units: Findings from an umbrella review» (2020) (Artigo III)</p>	<p>Jun, Kapelle, Hersberger (2021) – «Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care units: A systematic review» (Artigo IV)</p>
<p>OBJETIVOS</p>	<p>Objetivo geral:</p> <p>– Prevenção e tratamento da privação do sono nas UCI</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>– Fornecer um recurso para lidar com a privação de sono no ambiente das UCI;</p> <p>– Promover o sono no ambiente das UCI;</p> <p>– Estabelecer o papel da equipa interdisciplinar no</p>	<p>Objetivo geral:</p> <p>Desenvolver evidências de atividades de cuidados de Enfermagem que promovem o sono de PSC em UCI.</p>	<p>Objetivo geral:</p> <p>Sintetizar as evidências disponíveis sobre os efeitos das intervenções de Enfermagem sobre a qualidade do sono para explorar que tipos de intervenções podem ser implementados na prática clínica.</p>	<p>Objetivo geral:</p> <p>Sintetizar e avaliar as atuais intervenções não farmacológicas do sono para pacientes críticos adultos em unidades de terapia intensiva e fornecer recomendações para futuros estudos de farmacológico de meio de melhorar a qualidade do sono dessa população.</p>

	<p>tratamento da privação do sono;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Estabelecer diretrizes para o uso farmacológico nos distúrbios do sono; – Padronizar as abordagens de cuidados no tratamento dos distúrbios do sono nas UCI. 			
TIPO DE ESTUDO	Revisão da literatura	Revisão da literatura	Revisão da literatura	Revisão sistemática
AMOSTRA	54 artigos	22 artigos	9 artigos	20 artigos
PRINCIPAIS RESULTADOS	<p>O sono é de difícil avaliação em contexto de UCI.</p> <p>Existem fatores ambientais e não ambientais que influenciam a privação do sono. Os fatores ambientais são: barulho, intervenções frequentes à pessoa, cama desconfortável, visitas, maus odores e exposição à luz.</p> <p>Os fatores não ambientais são: doença crítica, dor, efeitos da medicação, fatores</p>	<p>Bundle de recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Redução do barulho: forte recomendação – Uso de máscaras e olhos e tampões de ouvidos: recomendação fraca – Música para promover o sono: fraca recomendação – Ausência de dor: recomendação fraca 	<p>– Ruído, luz ou intervenções de Enfermagem realizadas à noite, podem causar distúrbios de sono</p> <p>– Máscaras de olhos e tampões de ouvidos: há falta de esforços na implementação dessas intervenções</p> <p>– Ausência de dor: promotoras do sono para reduzir os fatores</p>	<p>Intervenções não farmacológicas: identificadas nos 20 estudos</p> <p>inclui tampões para os ouvidos, máscara para os olhos, ruído branco, música, aromaterapia, massagem, acupressão, intensidade da luz, protocolo de higiene do sono, tempo de silêncio e minimizando os cuidados de Enfermagem.</p>

	<p>psicológicos (ansiedade/medo/preocupação/solidão), problemas de sono preexistentes, histórico de toma de medicação para auxílio no sono, fatores respiratórios e ventiladores.</p> <p>Intervenções de Enfermagem para prevenção do delirium e promoção do sono: reorientar as pessoas com frequência, fornecer estimulação cognitiva adequada, colocar relógios visíveis e precisos nos quartos, minimizar a luz durante o período da noite, minimizar o ruído da noite (colocar alarmes não críticos</p> <p>numa área central com um nível de som razoável, fornecer tampões para os ouvidos, implementar horas de silêncio noturno e evitar manutenção desnecessária), fornecer máscaras para os</p>	<p>– Tempo de silêncio: recomendação fraca</p> <p>– Promover um ritmo circadiano natural: fraca recomendação</p> <p>– Agrupar as intervenções de cuidados de Enfermagem à noite: fraca recomendação</p> <p>– Tratamento ventilador benéfico: recomendação fraca</p>	<p>ambientais perturbadores</p> <p>Técnicas de relaxamento: artigos de revisão incluindo estratégias para estimular a capacidade interna para dormir e acalmar a mente revelou baixa evidência a apoiar a eficácia destes tipos de intervenções.</p>	<p>Intervenções individuais: em 8 estudos o ruído branco, música, intensidade de luz, aromaterapia e massagem nas costas foram usados como intervenções únicas de sono.</p> <p>Ruído branco: mascarar o ruído ambiental ajudou a melhorar a qualidade do sono, diminuindo os efeitos do ruído ambiente e induzindo o relaxamento.</p> <p>Música: a música sedativa ou calmante pode reduzir a percepção do nível de ruído e stress, aumentando o relaxamento e contribuir para melhorar a qualidade do sono.</p> <p>Intensidade da luz: nenhuma correlação significativa foi encontrada entre os níveis médios de luz durante o sono e qualidade do sono.</p>
--	---	---	--	---

	<p>olhos ou tampões para os ouvidos (quando não estiver clinicamente contraindicado), promover a vigília diurna usando mobilidade, visitas durante o dia e outras atividades apropriadas do paciente, reduzir a sedação durante o dia quando clinicamente apropriado, iniciar mobilidade progressiva precoce quando clinicamente apropriado, promover o uso de lentes oculares corretivas quando indicado, promover o uso de aparelhos auditivos quando indicado, evitar o uso de benzodiazepínicos quando possível, não administrar medicamentos para prevenir o delirium.</p>			<p>Aromaterapia: 3 estudos experimentais usando aromaterapia com lavanda ou rosa mosqueta descobriu que melhorou significativamente a qualidade do sono.</p> <p>Massagem nas costas: pode melhorar a qualidade do sono aumentando o relaxamento muscular, circulação sanguínea e conforto.</p> <p>Bundle de intervenções: uso de tampões de ouvidos e máscara de olhos por uma noite demonstrou melhoria significativa na qualidade subjetiva do sono.</p> <p>Intervenções multicomponentes para minimizar stressores: tempo de silêncio, protocolo de higiene do sono ou intervenções de promoção do sono</p>
--	---	--	--	--

				<p>Bundle de relaxamento combinadas:</p> <p>Acupuntura valeriana, que inclui aromaterapia, é usado para tratar a insónia promovendo a circulação sanguínea e o equilíbrio do fluxo de energia.</p>
--	--	--	--	--

CONCLUSÃO

A presente revisão de literatura conclui que as intervenções não farmacológicas de Enfermagem com o objetivo de promover o sono eficaz na PSC em UCI, como o controle ambiental e o uso de técnicas de relaxamento, podem contribuir para melhorar significativamente a qualidade do sono e do descanso. Os Enfermeiros devem ter em conta que o sono e o descanso representam a quinta das 14 necessidades humanas básicas, como refere Henderson. Assim, de forma a melhorar a qualidade do sono dos pacientes, as atividades de Enfermagem devem incluir o planeamento e a avaliação, para que promovam o sono, através do recurso a intervenções farmacológicas e não farmacológicas, nas UCI.

Como observado a partir da presente revisão da literatura, os distúrbios do sono têm sido vastamente estudados ao longo dos anos, nomeadamente na sua relação com os fatores inerentes às UCI, tais como o seu ambiente e as intervenções terapêuticas associadas, sendo particularmente relevantes na condição da PSC. Nesta, vimos que a obtenção de um sono reparador depende de fatores intrínsecos, da sua patologia e gravidade, experiência anterior de sono e de descanso, e de fatores extrínsecos, como o ambiente UCI mencionado.

Sem dúvida, no caso da PSC em particular, a qualidade do sono é essencial para uma boa recuperação física e psicológica, sendo esta afetada pelo ambiente hostil do internamento em UCI, que tem como consequência a fragmentação do sono, e consequências do foro fisiológico, como a propensão a infeções, o aumento da secreção da hormona do crescimento, o aumento da tolerância à glicose e a diminuição da atividade simpática. A par disso, a função cognitiva é também afetada, nomeadamente com a perda de memória a curto prazo.

Ora, observando quais as estratégias de Enfermagem promotoras de um sono e de um descanso eficaz da pessoa em situação crítica internada numa Unidade de Cuidados Intensivos, tivemos em conta o ponto de vista de um conjunto de estudos que observa a privação de sono neste ambiente hospitalar e as suas consequências negativas, entre as quais o *delirium*, resultantes dos vários fatores presentes neste contexto (o ruído, a luz, a assincronia paciente-ventilador, os efeitos da medicação e atividades de prestação de cuidados).

Na sequência do já recomendado pelo guia prático da *Society of Critical Care Medicine*, o PADIS, foi considerado que a implementação de um conjunto de intervenções não farmacológicas, como o recurso a horas de silêncio noturno, a utilização de tampões nos ouvidos e máscaras nos olhos, bem como o agrupamento das atividades de cuidados noturnos e a maximização de cuidados de enfermagem para o período diurno, isto é, o controlo ambiental, bem como o recurso a técnicas de relaxamento, pode, efetivamente, contribuir para a melhoria significativa da qualidade de sono e descanso da PSC em UCI.

Assim sendo, as soluções farmacológicas, como as benzodiazepinas e os antidepressivos tricíclicos, são recomendados de uma forma tendencialmente reduzida. Tendo em conta que o efeito dos fatores ambientais (barulho, atividades de cuidado, o desconforto, odores, exposição à luz) e não ambientais (ansiedade, medo, solidão, dor, preocupação com a doença, efeitos da medicação) produzem efeitos que se prologam para além da estadia do paciente em UCI, considerou-se importante a implementação precoce de medidas preventivas de carácter individual, que resultem de um bom julgamento clínico e princípios gerais de uma boa prática de Enfermagem, sobretudo por estarmos diante de uma problemática multifatorial.

O Enfermeiro deve, por conseguinte, ter em consideração que o sono e o descanso representam a quinta das catorze necessidades básicas humanas, como refere Henderson. Neste sentido, de modo a melhorar a qualidade de sono dos pacientes, as atividades de enfermagem devem incluir, em primeiro lugar, o planeamento e a avaliação individual da PSC, para implementação de um conjunto de intervenções não farmacológicas e farmacológicas, que promovam o seu sono e bem-estar. Conforme a revisão da literatura realizada, a intervenção de Enfermagem inclui o melhoramento do bem-estar físico e cognitivo do doente, no sentido de promover o seu conforto e segurança.

A investigação desenvolvida defende, portanto, uma consciencialização, reeducação do Enfermeiro sobre as atividades exercidas de forma rotineira, defendendo a implementação de protocolos adequados, que, a longo prazo, beneficiarão o sono do paciente em UCI, a par da sua recuperação fora deste contexto. Se as intervenções de cuidados de enfermagem são consideradas responsáveis pela perturbação de sono dos pacientes, a verdade é que a alteração das mesmas no sentido de produzir melhoramentos é globalmente considerada

essencial, pois delas depende a condição geral da pessoa internada em UCI, para a qual esses cuidados são indispensáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bellon, F., Beti-Abad, A., Pastells-Peiró, R., et al (2021). *Effects of nursing interventions to improve inpatients' sleep in intensive and non-intensive care units: Findings from an umbrella review*. Journal of Clinical Nursing, 15.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35170142/>

Edvardsen, J. B., & Hetmann, F. (2020). *Promoting Sleep in the Intensive Care Unit*. SAGE Open Nursing, 6, pp. 1–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33415285/>

Grimm, J. (2020). *Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient*. American Association of Critical-Care Nurses, 40 (2), 16-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32236431/>

Institute for Healthcare Improvement. (2022). Evidence-Based Care Bundles. <https://www.ihl.org/Topics/Bundles/Pages/default.aspx>

Jun, J., Kapella, M. C. & Hershberger, P. E. (2021). *Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care units: A systematic review*. Intensive & Critical Care Nursing, 67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34456110/>

Page, M. J., Mackenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372 (71). doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Parecer nº 15 – Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva – Ordem dos Enfermeiros (2018). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Prisma (2021). PRISMA *Flow Diagram*. <https://prisma-statement.org/prismastatement/howdiagram.aspx>

Regulamento nº 429 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da república: II série, nº 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Rundo, J. V. & Downey, R. (2019). *Polysomnography*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31277862/>

Younas Ahtisham, Y., & Jacoline, S. (2015). *Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory*. *International Journal of Caring Sciences*, 8 (2), 443.

https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf

Madureira, Isaura [et al.] (2007) – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais – Análise do Sub-domínio “Prática Segundo a Ética” de Acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-0844. n° 71 (Mar.), p. 27-30.

**Apêndice II – Plano de sessão: Preservação e recolha de vestígios forenses
no Serviço de Urgência**

IDENTIFICAÇÃO			
Entidade	Universidade Católica – Porto	Formador	Marina de Sá
Curso	Preservação e Recolha de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência	Formação	Presencial
Módulo	Estágio Final		
Público-alvo	Enfermeiros do Serviço de Urgência		
Data: 13/12/2022	Duração: 30 minutos	Local: Local de estágio, Serviço de Urgência	
Objetivos			
Gerais	Reconhecer a diversidade de tipos de cuidados na preservação e recolha de vestígios forenses no Serviço de Urgência		
Específicos	Identificar o tipo de vestígios forenses e uniformizar os cuidados na preservação e recolha de vestígios forenses no Serviço de Urgência		

PLANO DE SESSÃO

OBJETIVOS	CONTEÚDOS	MÉTODO E ESTRATÉGIAS	RECURSOS	DURAÇÃO
-----------	-----------	----------------------	----------	---------

Introdução

Identificar a especial função do Enfermeiro no contexto de Emergência Extra-Hospitalar e no Serviço de Urgência (SU): o Enfermeiro como primeiro a contatar e abordar a vítima de trauma e/ou violência.	O Enfermeiro e o necessário índice de suspeita que lhe permite identificar e abordar adequadamente a vítima. O princípio de generalização: todas as vítimas de trauma são casos forenses, até prova em contrário.	Breve exposição sobre o papel do Enfermeiro no reconhecimento da vítima, para salvaguarda da preservação e recolha dos vestígios forenses nos SU.	Recursos multimédia (portátil, PowerPoint).	5 minutos
--	--	---	---	-----------

Desenvolvimento

O desenvolvimento da competência em Enfermagem forense e a aquisição de conhecimentos diferenciados. Formação da Cadeia de Custódia	Objetivos da Cadeia de Custódia: não contaminação de vestígios, identificação dos que os manuseiam e registo de todas as ações que os envolvem	Reflexão sobre o papel que a formação de uma Cadeia de Custódia tem na preservação dos vestígios recolhidos	Recursos multimédia (portátil, PowerPoint).	6 minutos
---	--	---	---	-----------

Tipos de cuidados a ter na preservação e recolha de vestígios forenses: gerais	Procedimentos gerais: uso de equipamento de proteção individual, como máscara, bata, luvas e touca; higienização das mãos e troca frequente de luvas; não tocar em áreas corporais onde possam existir fluídos corporais; entrega da roupa e espólio à família; não agrafar os sacos para fechar			7 minutos
Tipos de cuidados a ter na preservação e recolha de vestígios forenses: particulares	Secagem ao ar livre como método preferencial para preservar vestígios húmidos; secagem individual de itens, fora de zonas movimentadas; não secar amostras de uma vítima num local onde estejam amostras de outra vítima; não expor itens húmidos ou molhados ao calor, não abandonar itens que estejam a secar; se forem de secagem difícil, colocar lençóis de papel entre os itens.			7 minutos

Conclusão

<p>Esta sessão teve como objetivo principal o reconhecimento da diversidade de tipos de cuidados a ter na preservação e recolha de vestígios forenses no Serviço de Urgência e como propósito específico a identificação do tipo de vestígios forenses do SU e uniformização dos cuidados a ter na sua preservação e recolha</p>	<p>Sublinhando a importância do desenvolvimento da competência em Enfermagem forense e a sua importância em SU, destacou-se a atuação deste profissional na recolha e preservação de vestígios gerais e particulares e cuidados específicos a ter com estes.</p>	<p>É importante a qualificação do Enfermeiro SU, a constituição de uma Cadeia de Custódia, para que, através daquela e desta, todos os vestígios sejam preservados pelos procedimentos instituídos para os proteger, protegendo também a pessoa com o qual eles se relacionam.</p>	<p>Recursos multimédia (portátil, PowerPoint).</p>	<p>5 minutos</p>
--	--	--	--	------------------

Apêndice III – Preservação e recolha de vestígios forenses no Serviço de Urgência



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO

Preservação e recolha de vestígios forenses no Serviço de Urgência

Estudante: Marina de Sá

Enfermeiro Tutor:

Orientação de Professora Doutora Patrícia Gonçalves

Sumário

- ✓ Introdução
- ✓ Enfermagem Forense
- ✓ Cadeia de Custódia
- ✓ Procedimentos Gerais
- ✓ Cuidados específicos a considerar na preservação de vestígios
- ✓ Situações frequentes no Serviço de Urgência
- ✓ Documentação da informação
- ✓ Conclusão

Introdução

- Os Enfermeiros que exercem funções no contexto de Emergência Extra-Hospitalar e no Serviço de Urgência (SU) são os primeiros a contactar e a abordar as vítimas de trauma e/ou de violência.
- **O Enfermeiro deve ter sempre presente o índice de suspeita;** só assim poderá identificar e abordar adequadamente as vítimas.
- **“Até prova em contrário, todas as vítimas de trauma são casos forenses.”** (Gomes, 2018, p.400).



Introdução

- Em 1991, Virginia Lynch preconizou a existência de **Enfermeiros forenses no SU**, para atuarem na avaliação de situações de abuso e negligência (fotografia forense, identificação de feridas e recolha de vestígios, testemunhas em tribunal como peritos).
- **A ciência forense começa no local do crime** e, se os vestígios não forem reconhecidos, preservados e recolhidos no local, pouco os peritos em laboratório podem fazer.
- **Os Enfermeiros devem estar atentos ao reconhecimento e à identificação de vestígios**, pois têm a oportunidade única de facilitar este processo.



Enfermagem Forense

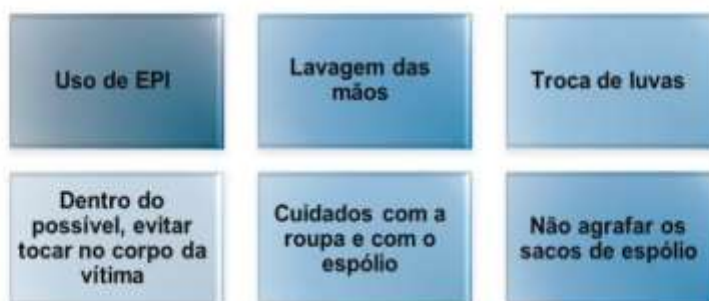
- As vítimas de violência requerem cuidados de saúde de um profissional qualificado.
- A necessidade de melhoria da qualidade de prestação e cuidados de Enfermagem às vítimas de violência e trauma resultou na criação da **competência em Enfermagem Forense**, passando pela formação adequada dos Enfermeiros envolvidos.
- A criação da competência em Enfermagem Forense visa **promover a aquisição de conhecimentos necessários para a abordagem da vítima, a preservação de vestígios, a prestação de apoio psicológico e o encaminhamento da vítima para as entidades judicial e social.**

Cadeia de Custódia

- A cadeia de custódia inicia-se com a pessoa que identifica e recolhe os vestígios e termina com a pessoa que os protege e os entrega às autoridades policiais.
- É um processo de validação da autenticação dos itens que constituem os vestígios, inerente à recolha.
- Tem como objetivos **evitar a contaminação dos vestígios e manter a constante vigilância dos mesmos, para que permaneçam inalterados, e garantir a identificação, o registo de todas as pessoas que os manuseiam e o registo de ações.**

Procedimentos gerais

Procedimentos Gerais

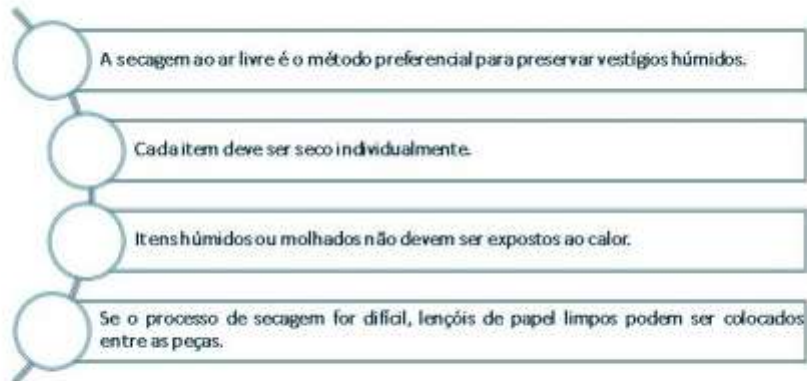


Cuidados específicos a considerar na preservação de vestígios

Preservação de vestígios: Cuidados com a roupa

- 1. Não cortar a roupa pelos buracos já existentes. Cortar a roupa pelas costuras e colocar cada peça num saco de papel individualizado.
- 2. Colocar cada um dos sapatos num saco individual.
- 3. Recolher a roupa trazida pelas equipas de Emergência Extra-Hospitalar (ex.: lençol da maca).
- 4. Os itens molhados devem ser colocados em sacos de plástico e não devem ser fechados.
- 5. Se a pessoa for capaz de se despir, devem ser dadas instruções para se despir para cima de um lençol.

Preservação de vestígios: Cuidados com a roupa (Secagem)



Preservação de vestígios: Cuidados com balas e objetos penetrantes



Preservação de vestígios: Cuidados com resíduos de pólvora



Preservação de vestígios: Cuidados com fragmentos de vidro



Vítimas de agressão por arma de fogo

- A entrada da bala na roupa deixa vestígios: partículas de pólvora queimada e não queimada em volta do buraco.
- A forma e a distribuição das partículas podem dar indicação da distância do disparo.
- A vítima que entra já cadáver no SU deve permanecer vestida e seguir assim para a morgue.
- Se a roupa da vítima cadáver for removida, deve ser colocada em sacos de papel, sendo cada item armazenado em separado.
- As mãos do cadáver não devem ser lavadas e devem ser protegidas com sacos de papel para não eliminar possíveis resíduos.
- Evitar puncionar as veias do autor do disparo no dorso das mãos.

Vítimas de asfixia



Vítimas de asfixia

- Realizar exame físico completo e proteger as mãos da vítima com sacos de papel.
- Recolher a história do evento e inspecionar as retinas, a boca e a língua. Pesquisar presença de estigmas ungueais no pescoço e marcas de lenços.
- Em vítimas mortais de asfixia com laço, nunca cortar ou desamarrar o nó do laço. Se o laço tiver de ser removido nunca desatar o nó e cortar a pelo menos 6 cm do nó.
- Se a vítima estiver cadáver, o laço ou o instrumento usado na asfixia (sacos plásticos ou almofadas) devem permanecer no corpo, se possível.
- Colocar o laço em saco de papel ou envelope.

Vítimas de violência doméstica



Vítimas de abuso sexual

- O sêmen é um vestígio biológico importante que confirma o facto de ter ocorrido ou não abuso.
- A presença de contusão ou laceração tende a confirmar a ocorrência de agressão.
- Fazer recolha de pelos púbicos e 2 zaragatoas em redor dos grandes e pequenos lábios e deixar secar ao ar livre durante 10/15 minutos antes de colocar no envelope.
- Colher 2 zaragotas da vagina, ânus e/ou zona perineal, deixar secar e armazenar em envelope.
- Ao realizar o exame físico, colocar lençol limpo no chão e, por cima, uma folha de papel para que a pessoa se dispa em cima do lençol.



Vítimas de abuso sexual



Colheita de sangue para doseamento de álcool

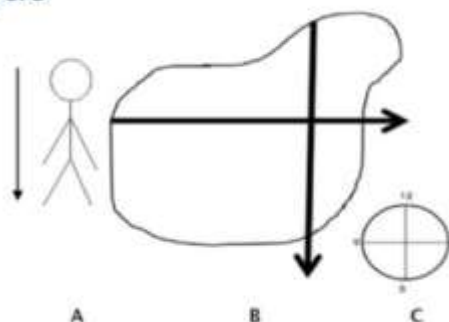
- Se a vítima faz terapêutica anticoagulante ou sofre de patologia de sangue, pode estar isenta da colheita de sangue.
- Para a desinfecção da pele não se deve utilizar álcool; deve usar-se, de preferência, um antisséptico (iodopoviona).

Documentação da informação

- O Enfermeiro deve assegurar que todos os registos **contêm os nomes de quem teve contacto com a vítima durante o transporte e o tipo de tratamento realizado.**
- Devem ser aceites as explicações que a vítima quiser dar para o que causou as marcas, lesões, feridas, contusões, equimoses e o registo deve ser realizado **sem juízos de valor.**
- Devem ser registadas as lesões identificadas no diagrama corporal;
- Devem ser descritas todas as feridas, marcas e os procedimentos médicos realizados.

Documentação da informação

- Os registos clínicos devem ser:
 - Precisos
 - Minuciosos
 - Pormenorizados
 - Factuais
 - Objetivos
 - Isentos de juízo de valor



Representação de 3 técnicas de medição de feridas:

- A- Sentido cefálico-caudal
- B- Comprimento maior do que a largura
- C- Sentido dos ponteiros do relógio

Conclusão

- O papel do Enfermeiro envolve novas responsabilidades em intervenções de crise. **Estes profissionais devem, sempre que possível, recolher os vestígios forenses e preservar a sua integridade, de forma a manter uma adequada cadeia de custódia.**
- O Enfermeiro deve, sempre que possível, documentar em detalhe os exames realizados e assegurar que a intervenção adequada em crise é fornecida a todas as vítimas.

Bibliografia relevante

- Batts, J. & Sanger, R. (2019). Collecting Forensic Evidence in the Emergency Department: A Guide for Lawyers, Investigators, and Experts. *American Journal of Trial Advocacy*, 42, (2), pp. 331–384.
- Coimbra, Nelson. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense Volume 1*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense Volume 2*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Silva, R. et al. (2022). Preservation of forensic traces by Nursing in emergency services: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30: e3540. doi: 10.1590/1518-8345.5849.3540



Preservação e recolha de vestígios forenses no Serviço de Urgência

Agradeço a atenção.

Estudante: Marina de Sá
Enfermeiro Tutor:
Orientação de Professora Doutora Patrícia Gonçalves