



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO 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
Márcia Daniela Ribeiro Pêra

Porto – março de 2024



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA**

**THE PATH TO DEVELOPING SKILLS IN CARING FOR PEOPLE IN
CRITICAL CONDITION**

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

Márcia Daniela Ribeiro Pêra

Sob a orientação da Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Porto – março de 2024

RESUMO

O presente Relatório assume-se como o retrato do percurso para o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista e tem a finalidade de espelhar o trabalho desenvolvido na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no plano curricular do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que contemplou dois contextos da prática, uma unidade de cuidados intensivos da região norte de Portugal e a emergência extra-hospitalar.

A elaboração deste documento teve como referência as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e conta com o relato das experiências e do desenvolvimento de atividades em estágio, fundamentadas com evidência científica, que permitiram a aquisição de competências na área de especialização.

Deste percurso para o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica são elencadas as principais atividades desenvolvidas, das quais destacam-se: a construção de uma proposta de ferramenta de apoio à transição de cuidados com o recurso à técnica ISBAR; a elaboração de uma revisão da literatura sobre a gestão do ambiente na unidade de cuidados intensivos; e a realização de um trabalho no âmbito da integração do *mindfulness* como estratégia para a redução do stress nos enfermeiros da emergência extra-hospitalar, que culminou numa formação aos enfermeiros da emergência extra-hospitalar.

Neste relatório são, ainda, realçadas aprendizagens no cuidado à pessoa em situação crítica e família, na resposta a situações de emergência e exceção e na prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos.

A reflexão inerente à realização deste relatório permitiu a assimilação da necessidade de promover uma prática de cuidados especializados e seguros e a contribuição fulcral da investigação na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Palavras-Chave: Enfermeiro, Especialista, Pessoa em Situação Crítica, Unidade de Cuidados Intensivos, Emergência extra-hospitalar.

ABSTRACT

This report is a portrait of the journey towards developing the competences of a Specialist Nurse and its purpose is to reflect the work carried out in the curricular unit “Final Internship and Report” which is part of the curricular plan of the 16th Master's Degree in Nursing with a Specialisation in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Condition. The report refers to two practice contexts: an intensive care unit in the northern region of Portugal and the prehospital emergency.

This document was drawn up with reference to the Common Competences of the Specialist Nurse and includes an account of the experiences and development of activities during the internship, based on scientific evidence which enabled the acquisition of competences in the area of specialisation.

The main activities carried out in this journey to developing skills in caring for critically ill people are listed including: the construction of a proposal for a tool to support the transition of care using the ISBAR technique; the development of a literature review on managing the environment in the intensive care unit; and realisation of an assignment on integrating mindfulness as a strategy for reducing stress in prehospital emergency nurses which culminated in training for prehospital emergency nurses.

This report also highlights the learnings in caring for people in critical condition and their families, in responding to emergency and exceptional situations and in preventing and controlling infection and antimicrobial resistance.

The reflection inherent in this report has allowed us to assimilate the need to promote specialised and safe care and the key contribution of research in the continuous improvement of the quality of care.

Keywords: Nurse, Specialist, Critically ill person, Intensive care unit, prehospital emergency.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Doutora Amélia Ferreira, pela orientação, compreensão, disponibilidade e pelos conhecimentos partilhados ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Patrícia Coelho, que iniciou este caminho comigo, pela orientação, disponibilidade e compreensão, porque começar é sempre o mais difícil.

Aos enfermeiros tutores, pelo acompanhamento e pela partilha de conhecimentos, que em muito contribuiu para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Às equipas dos contextos de estágio, pela disponibilidade demonstrada e pela partilha de conhecimentos.

Aos meus pais e irmão pelo apoio e, principalmente, por compreenderem que nem sempre foi possível estar presente.

À minha melhor amiga pela paciência e por acreditar sempre que sou capaz.

A todos os que caminham comigo, muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

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

CPCIRA - Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC - Cateter Vascular Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro em Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEH - Emergência Extra-hospitalar

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ET – Enfermeira Tutora

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MBSR – *Mindfulness-Based Stress Reduction*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RAM - Resistências aos Antimicrobianos

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS 28 - *Therapeutic Intervention Scoring System 28*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VM – Ventilação Mecânica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA.....	17
1.1 Unidade de Cuidados Intensivos.....	18
1.2 Emergência Extra-hospitalar	20
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	23
2.1 Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	24
2.2 Do domínio da melhoria contínua da qualidade	31
2.3 Do domínio da gestão dos cuidados	37
2.4 Do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	43
CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES	67
APÊNDICE I – Proposta de ferramenta de apoio à transição de cuidados: técnica ISBAR	69
APÊNDICE II – Intervenções de Enfermagem na Gestão do Ambiente da Unidade de Cuidados Intensivos: revisão inetgrativa da literatura	89
APÊNDICE III – <i>Mindfulness</i> : uma estratégia para reduzir o stress dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar	119
APÊNDICE IV – Apresentação <i>powerpoint</i> “ <i>Mindfulness</i> : uma estratégia para reduzir o stress dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar”	139

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem assumem-se como cuidados complexos, de elevada exigência técnica e científica, que acarretam a necessidade de o enfermeiro desenvolver-se e especializar-se (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Deste modo, a especialização em Enfermagem assume um papel de relevo na diminuição da taxa de mortalidade, aumento do acesso da população aos cuidados de saúde e melhoria na prestação dos cuidados de saúde, que se traduz no aumento da satisfação da população, com repercussões positivas na saúde, bem-estar e qualidade de vida (INESC-TEC, 2018).

O presente Relatório foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular (UC) “Estágio Final e Relatório”, integrada no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa, no ano letivo 2023/2024. Esta UC, com uma carga horária total de 840h, sendo 360h de estágio, 20h de orientação tutorial, 20h de seminário e 440h de trabalho individual, envolveu dois contextos da prática clínica, sob orientação de um professor da universidade e tutoria de um enfermeiro, preferencialmente, Mestre e Especialista em EMC designado para o efeito pelo Enfermeiro Gestor dos respetivos serviços. O primeiro contexto de estágio correspondeu a uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) da região Norte de Portugal, no período compreendido entre os dias 04 de setembro de 2023 e 24 de outubro de 2023, com um total de 180 horas de contacto distribuídas por turnos diurnos 08h00-15h00 e 14h30-21h30 e noturnos 21h00-08h30. Já o segundo contexto de estágio, em Emergência Extra-hospitalar (EEH), decorreu numa instituição de EEH da região Norte de Portugal, no período compreendido entre os dias 25 de outubro de 2023 e 16 de dezembro de 2023, com um total de 180 horas de contacto distribuídas por turnos diurnos 08h00-14h00 e 14h00-20h00.

O contexto da UCIP pauta pela complexidade dos cuidados, dada a sua finalidade de observação e tratamento da PSC, que carece de monitorização e suporte das funções vitais. A UCIP onde se desenvolveu o estágio comporta camas de nível III, ou seja, atende a pessoa com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida, com necessidade de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva *et al.*, 2016). Assim, é um local de eleição para o futuro Enfermeiro Especialista (EE) desenvolver competências na assistência à PSC. A escolha do local de estágio assentou nas oportunidades de aprendizagens únicas presentes neste local, uma vez que inclui o centro de referência de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO), além de possuir a mais elevada casuística em trauma grave da região e a possibilidade de contacto com a pessoa em situação neurocrítica.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de auxílio e tem como principais funções a prestação de socorro no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (Decreto-Lei n.º 34/2012, 2012). A escolha pela EEH como contexto de estágio opcional recaiu sobre a curiosidade pela enfermagem praticada em contexto de rua, especialmente desafiadora pela falta de controlo do ambiente envolvente, pelo carácter emergente dos cuidados que requerem uma tomada de decisão rápida e eficaz e pela dinâmica da equipa da EEH. Além disso, a realização dos diferentes estágios do plano curricular em instituições diferentes permite conhecer várias dinâmicas dos cuidados de enfermagem e, por conseguinte, otimizar o crescimento profissional e académico.

Ao longo do meu percurso profissional desempenhei funções como enfermeira de cuidados gerais em unidades de cuidados continuados integrados, serviços cirúrgicos, numa unidade de reabilitação e recentemente integrei a equipa de enfermagem do serviço de Especialidades Médicas de um Centro Hospitalar da região Norte de Portugal. Durante este percurso aprofundei conhecimentos, através de formações profissionais, na área da segurança do doente e gestão de risco e dos cuidados paliativos. A necessidade de investir numa formação mais robusta para fomentar competências nos cuidados de enfermagem especializados deve-se

ao aumento da complexidade dos cuidados de enfermagem e à evolução do conhecimento da disciplina de Enfermagem. Desta forma, ser Mestre e Especialista em EMC enriquecerá a minha prática clínica, pelo desenvolvimento de uma visão integradora e transformadora da saúde, pela fundamentação da prática na evidência científica e pela capacidade de investigar e intervir na área da especialidade com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, além de que contribuirá para o meu crescimento pessoal, pela resiliência necessária neste percurso e pelas oportunidades de aprendizagens por ele proporcionadas.

Como tal, ao Mestre e Especialista em Enfermagem é exigida a capacidade de comunicar conhecimentos, raciocínios e conclusões, de forma fundamentada, para a sua incorporação na prática, com o intuito de promover o conhecimento em Enfermagem. Assim, o presente trabalho cumpre o objetivo de expor o percurso realizado ao longo do estágio no contexto da UCIP e EEH e a sua contribuição no desenvolvimento de competências dentro dos domínios das competências comuns do EE e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área da Enfermagem à PSC, inseridas no Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, respetivamente.

A elaboração do presente relatório cumpre a metodologia descritiva-reflexiva, através da exposição das experiências vivenciadas no estágio e reflexão sobre o seu contributo no desenvolvimento de competências, com recurso à evidência científica para a sua fundamentação. Este documento encontra-se estruturado, primeiramente, com a caracterização dos contextos de estágio, seguida da reflexão sobre o desenvolvimento de competências, em que cada subcapítulo corresponde a um domínio das Competências Comuns do EE, com a apresentação dos objetivos e atividades que os concretizam. Por fim, encontram-se a conclusão e as referências bibliográficas que seguem a norma American Psychological Association (7ª edição).

No último capítulo deste documento encontram-se compilados, nos apêndices, uma proposta de ferramenta de apoio à transição de cuidados com o recurso à técnica ISBAR, uma revisão da literatura sobre a gestão do ambiente na unidade

de cuidados intensivos e um trabalho no âmbito da integração do *mindfulness* como estratégia para a redução do stress nos enfermeiros da emergência extra-hospitalar, que culminou numa formação aos enfermeiros da emergência extra-hospitalar.

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

No âmbito da prestação de cuidados especializados é fulcral a compreensão das dinâmicas da intervenção do EE. Tal, só é possível com a realização de estágios que permitem a aprendizagem no contexto da prática e facilitam o processo de aprendizagem e consolidação de conhecimentos, sendo considerados essenciais na transição de Enfermeiro para EE (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2021).

O processo de aquisição de competências de EE iniciou-se no estágio desenvolvido no âmbito da UC A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica, no serviço de urgência (SU) de um hospital da região Norte. O SU é um contexto marcado pela imprevisibilidade e heterogeneidade, propício à aquisição de competências na prestação de cuidados à PSC através da observação do processo de triagem, da avaliação inicial da PSC com o recurso à metodologia ABCDE e da execução de cuidados técnicos de alta complexidade à PSC na Sala de Emergência em situações de obstrução da via aérea, falência respiratória, alteração do estado de consciência, falência cardíaca e acidente vascular cerebral, onde, também, participei na execução de técnicas complexas como colocação de tubo orotraqueal, cateter arterial e cateter venoso central. Além disso, o estágio proporcionou a aquisição de competências na maximização da prevenção e controlo de infeção, ao colocar em prática as precauções básicas de controlo de infeção e os “feixes de intervenções” em procedimentos como colocação de cateter urinário e cateter venoso central. Também desenvolvi competências na gestão de recursos humanos e materiais pela compreensão da organização e dinâmica de trabalho do SU, onde foi possível observar o processo de distribuição de enfermeiros pelas várias áreas do SU e os seus critérios.

Por fim, desenvolvi competências de comunicação na relação terapêutica com a PSC e família, com recurso à teoria de Hildegard Peplau, que descreve o processo de relação interpessoal de enfermagem. Ademais, fortaleci o meu conhecimento sobre comunicação de más notícias com a elaboração de uma revisão da literatura,

com a questão de investigação “Qual a estratégia adotada pelos enfermeiros na comunicação de más notícias no serviço de urgência?”. A revisão da literatura contou com cinco artigos, onde foram apresentados diversos protocolos, modelos e estratégias para apoiar a comunicação de más notícias, sendo que concluí que não existe uma norma específica para a comunicação de más notícias. Porém, os estudos analisados demonstraram que o recurso a um protocolo, modelo ou estratégia de “passo-a-passo” promove a confiança de quem comunica a má notícia, diminuindo o stress inerente à tarefa. Consequentemente, a comunicação é influenciada pelas experiências e características pessoais de quem transmite a notícia e a sua intervenção deve ser adequada à situação, além de que a interação do enfermeiro-pessoa e família deve pautar pelo respeito da individualidade e dignidade da pessoa e família.

Face ao exposto e tendo em vista a continuidade da aquisição de competências de EE, a escolha dos contextos da prática clínica para a realização do estágio baseou-se no percurso da PSC, desde o contexto de EEH até ao contexto intra-hospitalar em cuidados especializados.

1.1 Unidade de Cuidados Intensivos

O primeiro passo para a criação das unidades de cuidados intensivos (UCI) remota a 1920 com a criação da primeira sala de recobro do Hospital John Hopkins em Baltimore. Posteriormente, em 1928, o engenheiro americano Phillip Drinker construiu um dispositivo de respiração artificial, o *Iron Lung* (pulmão de aço) que corresponde ao início da ventilação mecânica (VM), o qual viria a ser essencial no ano de 1952 durante a epidemia de poliomielite em Copenhaga (Paiva *et al.*, 2016). Já em Portugal, foi no início da década de 1960 que se verificou a criação das primeiras unidades no Porto e em Coimbra.

A medicina intensiva é uma área multidisciplinar que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente ou estabelecida. No que concerne à classificação das UCI existem três

níveis: unidades de nível I, que têm capacidade para assegurar a monitorização não invasiva ou minimamente invasiva de pessoas em risco de desenvolver disfunção ou falência de órgão; unidades de nível II, que asseguram a monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica; e unidades de nível III, que são destinadas a pessoas com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida (Ministério da Saúde, 2015).

O estágio desenvolveu-se numa UCIP da região Norte de Portugal, constituída por três alas, contudo apenas duas ativas. A ala A constituída por um *open space* de oito camas e quatro quartos de isolamentos e a ala C constituída por um *open space* de seis camas e quatro quartos de isolamento. A ala B não se encontrava ativa, contudo alberga a unidade de monitorização de epilepsia, que conta com o apoio da equipa de enfermagem da UCIP no período noturno. É uma unidade polivalente, mais vocacionada para o tratamento de pessoas em falência cardíaca e com suporte de ECMO, que, preferencialmente, são alocados à ala A. Cada unidade (cama em *open space* e quarto) possui um vasto leque de material essencial à prestação de cuidados, além de equipamento para monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, monitorização da sedação através do Índice Bispectral e suporte ventilatório e equipamento para administração de terapêutica, como bombas e seringas perfusoras.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por 109 enfermeiros, dos quais 18 são EEEMC e 8 são EE em Enfermagem de Reabilitação, a sua gestão é da responsabilidade da Enfermeira Gestora, que conta com o apoio de uma enfermeira dedicada a funções de gestão. A sua organização é efetuada em equipas, sendo que em cada equipa existem EE e enfermeiros de cuidados gerais, e cada equipa tem os seus enfermeiros coordenadores. A prestação de cuidados cumpre o método individual de trabalho, como explanado no plano de trabalho realizado pela Enfermeira Gestora. Cada ala tem um enfermeiro coordenador de turno, preferencialmente EE, em que o elemento sénior é coordenador do serviço. O enfermeiro coordenador de turno não assume funções na prestação de cuidados direta e tem como responsabilidade a gestão de cuidados e coordenação da equipa.

A gestão da equipa assenta no resultado do instrumento utilizado para dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em UCI, o Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). O TISS-28 foi criado em 1974 e atualizado em 1983, tem como função quantificar as intervenções terapêuticas, de acordo com a complexidade, grau de invasividade e tempo dispensado pela equipa de enfermagem para a realização de determinados procedimentos na PSC (Padilha *et al.*, 2005). O TISS-28 é monitorizado pelos enfermeiros, em todos os turnos noturnos e classifica os dados referentes às últimas 24 horas de cuidados, de forma a possibilitar uma melhor gestão da equipa.

1.2 Emergência Extra-hospitalar

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde que tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um SIEM, em Portugal Continental, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 34/2012, 2012). O SIEM, criado em 1981, é o conjunto de ações coordenadas que resultam da intervenção dos vários componentes do sistema de saúde nacional, com o intuito de possibilitar a atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica (INEM, 2013).

A ativação deste organismo é efetuada através do número europeu de emergência, o 112, e o INEM dispõe de Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e de Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), entre outras, para o desempenho das suas atribuições. De entre os vários meios disponíveis no INEM, o estágio comportou 110h na ambulância SIV, 66h na VMER e 3h na Gestão e Coordenação, materializadas numa visita ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

O primeiro CODU foi criado em 1987, em Lisboa, e atualmente existe o CODU nacional que é composto por quatro centrais, nomeadamente Porto, Coimbra, Lisboa e Faro. O CODU nacional permitiu reduzir o tempo de espera das chamadas de emergência, uma vez que uma chamada de qualquer zona do país pode ser

atendida em qualquer uma das centrais (INEM, 2024). O funcionamento do CODU é assegurado ao longo das 24 horas por uma equipa de profissionais qualificados com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro, que tem à sua disposição diversos meios de comunicação e de atuação no terreno, tais como as ambulâncias INEM, as motas, as VMER e os helicópteros de emergência médica. Assim, o CODU tem capacidade para acionar os diferentes meios de socorro, apoiá-los durante a prestação de socorro no local das ocorrências e, de acordo com as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, selecionar e preparar a receção da pessoa nas instituições de saúde (INEM, 2013).

Em 1989 entra em funcionamento a primeira VMER, sediada em Lisboa, no entanto a primeira VMER tripulada por médico e enfermeiro surge em 1997 num hospital da cidade do Porto. A VMER integra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, cujo objetivo é o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde ocorre a emergência, para cumprir a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte da PSC, vítima de acidente ou doença súbita em situação de emergência, sendo que a mesma dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Despacho n.º 5561/2014).

As ambulâncias SIV surgem em 2007, inicialmente no Alentejo, em resposta à necessidade de reorganizar a assistência médica em contexto pré-hospitalar para garantir a acessibilidade da população aos cuidados de saúde, devido ao encerramento de várias instituições de saúde, levado a cabo pelo governo português em funções (INEM, 2024). A ambulância SIV integra uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH), e tem como funções a estabilização pré-hospitalar e o transporte da PSC. O enfermeiro atua como *team leader* e tem a responsabilidade de administrar fármacos e realizar intervenções invasivas, mediante protocolos estabelecidos. A ambulância dispõe de equipamento de SAV, como o monitor-desfibrilhador e fármacos. O monitor-desfibrilhador permite, ainda, a transmissão de eletrocardiograma e de sinais vitais ao CODU, em tempo real, para respetiva orientação da assistência ao enfermeiro no local da ocorrência (Despacho n.º 5561/2014).

O processo de integração dos meios de emergência pré-hospitalar nos SU teve início em 2011, o que resultou na gestão otimizada dos recursos, com efeitos positivos na sustentabilidade da rede de meios de emergência médica. Deste modo, o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, preconiza que os serviços de urgência polivalente e os serviços de urgências médico-cirúrgicas devem integrar uma VMER e os serviços de urgência básica devem integrar uma ambulância SIV.

No que diz respeito aos locais de estágio, a VMER integrava um SU médico-cirúrgico de um centro hospitalar de uma área suburbana, que abrangia uma área rural extensa. Já a ambulância SIV encontrava-se alocada a um polo de um centro hospitalar da região Norte, situada no contexto urbano, em que a tutoria foi assegurada pela coordenadora deste meio. Por questões organizacionais do INEM, o processo de tutoria na VMER foi partilhado pelos vários enfermeiros que nela exerciam funções.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico promoveu o acesso a melhores condições de vida e melhores cuidados de saúde, com repercussões no aumento da esperança média de vida da população, conseqüente envelhecimento progressivo da mesma e aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas, traduzindo-se no incremento da complexidade dos cuidados de enfermagem.

O EE possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para colmatar as necessidades em saúde da pessoa a quem presta cuidados, sendo-lhe reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A competência é definida como o nível esperado de conhecimento, atitudes, habilidades e valores na prática de enfermagem, sendo entendida como fulcral para a qualidade e segurança dos cuidados (Oliveira & Queirós, 2015). Assim, a capacidade de integração do conhecimento, destreza e comportamentos na prestação de cuidados são partes integrantes da competência, pelo que a sua aquisição implica, também, a capacidade de reflexão e fundamentação das ações praticadas (Correia & Santiago, 2012).

O conjunto de competências especializadas estão integradas nos quatro Domínios das Competências Comuns do EE: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Atendendo à complexidade dos cuidados, a realização do estágio no contexto da UCIP e EEH permitiu o desenvolvimento de conhecimentos relativos à PSC e desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática clínica, de forma a promover a aquisição de competências de EE e EEEMC na área de Enfermagem à PSC.

No presente capítulo será apresentada uma reflexão sobre a aquisição de competências durante o estágio realizado no âmbito da UC “Estágio Final e Relatório”. Cada subcapítulo corresponde a um domínio das Competências Comuns do EE, onde são elencados os objetivos, previamente delineados no Projeto de Estágio, seguidos da análise reflexiva e fundamentação das atividades significativas no processo de aprendizagem, que culminam nas competências adquiridas durante o período de estágio. Para uma melhor compreensão da organização deste capítulo, face à necessidade de evidenciar as competências desenvolvidas em cada um dos contextos de estágio, opta-se por estruturar a apresentação de cada objetivo seguido da análise e reflexão relativas ao contexto da UCIP e, posteriormente, ao contexto da EEH, devidamente identificada a negrito. A ordem escolhida prende-se com a ordem cronológica de realização dos estágios.

2.1 Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Os quatro princípios da ética biomédica, considerados padrões de conduta e normas dentro do pensamento moral, foram definidos por Beauchamp e Childress, em 1979, sendo eles o respeito pela autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça (Beauchamp, 2010). Nesta linha de pensamento, a prática de cuidados de enfermagem é norteadada pelo respeito pelos direitos humanos e pela excelência do exercício da profissão, que se transpõe no dever de o enfermeiro exercer a profissão com conhecimentos científicos e técnicos adequados, respeito pela vida e dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (Lei n.º 156/2015, 2015).

O EE demonstra um exercício seguro, profissional e ético, assente num corpo de conhecimentos ético-deontológicos, que se repercute na avaliação sistemática dos cuidados baseados na melhor evidência científica e nas preferências da pessoa (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No respeito pela dignidade humana deve ser assegurada a individualidade da pessoa, garantida a sua privacidade e prezada a sua autonomia na tomada de decisão.

Neste subcapítulo apresento a descrição reflexiva de algumas atividades desenvolvidas no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, de forma a concretizar o objetivo específico identificado.

Objetivo: Prestar cuidados à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, de acordo com os princípios éticos e a deontologia profissional.

A **UCIP** é caracterizada por um ambiente altamente tecnológico, hostil para a pessoa que se encontra numa situação de doença e de dependência. A experiência da PSC acarreta sentimentos negativos, como o choque ao acordar num local desconhecido, muitas vezes conectado a inúmeros equipamentos, encarados como ameaçadores, e rodeado de profissionais de saúde desconhecidos (Castro, 2017). Para colmatar estes sentimentos, na abordagem à pessoa, apresentava-me pelo nome e função, chamava a pessoa pelo seu nome, orientava a pessoa para o local onde se encontrava e explicava os procedimentos que iria realizar. Desta forma, diminuía a ansiedade e o medo da pessoa no que diz respeito à realização de procedimentos desconfortáveis. A comunicação com a pessoa foi uma constante na minha prática, de forma a transmitir apoio e segurança à PSC e situação de dependência, com o intuito de diminuir o sentimento de perda de autonomia.

Tomás de Aquino definia a dignidade como a individualidade da pessoa, sendo essencial à existência humana, pois consiste naquilo que a pessoa é, antes de qualquer outra coisa. Esta está relacionada com o reconhecimento do próprio valor da pessoa, competente e capaz de tomar as suas próprias decisões (Franco *et al.*, 2021). Na prestação de cuidados é frequente a invasão da privacidade com exposição corporal, uma vez que, na situação de dependência, o autocuidado é assegurado pelo enfermeiro. Assim, nos momentos de necessidade de exposição da pessoa garanti a sua privacidade e dignidade através da colocação de biombos, da explicação do procedimento e obtenção de consentimento para a sua realização, quando a pessoa não estava sedada, e, sempre que possível, promovi a autonomia facilitando à pessoa a execução das tarefas do autocuidado. Além disso, promovi a negociação dos cuidados com a PSC, relativamente à realização do levante,

horário das refeições e, sempre que foi possível, foram ajustados os cuidados em prol das preferências da pessoa, com o intuito de salvaguardar o seu direito à tomada de decisão.

O internamento na UCIP pode gerar modificações comportamentais e psicológicas, pelo confronto com a doença e dependência e pelas dúvidas sobre a recuperação, o que pode culminar em sentimentos como medo, ansiedade, insegurança e depressão (Castro, 2017). Estes sentimentos são partilhados pela PSC e pela sua família. A família apresenta-se extremamente vulnerável com o internamento do seu ente querido, o que é potenciado, por vezes, pela incompreensão de informações clínicas complexas e do ambiente da UCI (Latour *et al.*, 2022). Para diminuir os sentimentos negativos e promover o conforto da PSC e família, na primeira visita realizei o acolhimento da família na sala adequada para o efeito existente na UCIP. No acolhimento foram fornecidas informações sobre a aparência do familiar, se estaria acordado ou sedado, com suporte ventilatório invasivo ou outro tipo de suporte das funções vitais, sobre o ambiente que iria encontrar, relativamente às máquinas e ruído que as mesmas produzem, e outras informações sobre o estado de saúde da pessoa. A informação era fornecida de forma clara e precisa, com adequação da linguagem e abertura para a colocação de questões. Para Passos *et al.* (2015) a informação correta é o caminho indicado para tranquilizar a família, uma vez que promove confiança na equipa, tornando-se crucial que o ato de humanizar seja praticado por toda equipa multidisciplinar.

Os cuidados de enfermagem à PSC são altamente complexos e exigem observação, colheita e procura contínua de dados, juntamente com conhecimentos e habilidades especializados para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Na prestação de cuidados, principalmente em procedimentos que causam instabilidade, foi possível colocar em prática os conhecimentos e habilidades na gestão da sedo-analgésia. Neste sentido, recorro às situações de higiene brônquica com a realização da aspiração de secreções, que sendo um procedimento agressivo e doloroso para a pessoa, era minha prática a antecipação do foco de instabilidade através da otimização da terapêutica sedo-analgésica. Além disso, o momento dos cuidados de higiene e cuidados de conforto ao longo do turno desencadeavam respostas hemodinâmicas instáveis, com a necessidade de administração de protocolos terapêuticos complexos.

Tendo em vista a aquisição de competências especializadas foram aproveitadas todas as oportunidades de desenvolvimento de conhecimentos e habilidades no contexto da prática. Com isto, foi possível desenvolver conhecimentos aprofundados sobre dispositivos de monitorização invasiva, tais como a pressão arterial invasiva ou a pressão intracraniana, bem como a gestão destes. Foi, ainda, possível a realização do transporte intra-hospitalar da PSC, nomeadamente o transporte de uma pessoa sob ventilação invasiva para realização de exames de diagnóstico, o que permitiu compreender as necessidades prévias ao transporte, a preparação da PSC e do material necessário ao transporte e monitorização contínua da resposta hemodinâmica da PSC durante o transporte.

Em termos de focos de instabilidade, o *delirium* apresenta-se como um problema maior nos cuidados à PSC. O *delirium* está associado a uma disfunção cerebral aguda, caracterizada pela perturbação na atenção e consciência, transitória e flutuante, que surge, frequentemente, em pessoas internadas em UCI. Desenvolve-se, regra geral, por curtos períodos (horas ou alguns dias), através de uma alteração aguda da atenção e consciência basais, com gravidade variável ao longo do dia (Oliveira, C. *et al.*, 2022). A resposta pronta e antecipatória a focos de instabilidade deve nortear os cuidados de enfermagem à PSC, daí a prevenção e redução da incidência do *delirium* deve-se a um conjunto de ações efetuadas pelo enfermeiro no controlo da dor e do ambiente, na promoção do sono, na mobilização precoce, na avaliação cognitiva, orientação da pessoa e estímulo sensorial. Deste modo, na prestação de cuidados à PSC priorizei a comunicação com a pessoa em todos os contactos, avaliei a presença de dor através da escala numérica da dor ou da escala comportamental com controlo da mesma, otimizei o ambiente através da diminuição da luz artificial e promoção da luz natural e participei na mobilização da pessoa em parceria com o EE em Enfermagem de Reabilitação.

O foco do EE transcende o bem-estar físico da PSC e engloba o bem-estar psicossocial e espiritual. Por conseguinte, a comunicação é fulcral para o desenvolvimento humano, sendo a ferramenta basilar na interação e sobrevivência humana. É a comunicar que são expressas as necessidades pessoais, são partilhadas informações e estabelecidas relações. A pessoa em VM não consegue comunicar devido ao tubo orotraqueal ou à traqueostomia, o que a deixa sem voz por um período. Contudo, o novo paradigma da sedação leve ou inexistente

significa que há cada vez mais pessoas em VM conscientes e com a comunicação comprometida. A impossibilidade de expressar as suas necessidades, pensamentos e desejos pode causar emoções negativas como frustração, medo, raiva, solidão, pânico e perda de controlo (Holm *et al.*, 2020; Sias *et al.*, 2022). Ao longo do estágio na UCIP foram várias as situações em que recorri à comunicação aumentativa, como o uso de gestos e mímica facial, e à comunicação alternativa, com recurso a imagens, letras do abecedário e caneta e papel, admitida como uma estratégia viável e segura para a comunicação com a pessoa com compromisso do discurso ou linguagem (Oliveira, A. *et al.*, 2022; Sias *et al.*, 2022).

No contexto da **EEH**, a abordagem à PSC foi sempre realizada com o recurso à metodologia ABCDE: *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*. A metodologia ABCDE é uma metodologia sistémica para avaliação e tratamento, aplicável em todas as emergências clínicas e pode ser usada em contexto intra e extra-hospitalar (Thim *et al.*, 2012). Esta metodologia permite identificar rapidamente situações de risco de vida e instituir o tratamento correto, além de que a utilização de uma abordagem estruturada na avaliação inicial da PSC facilita a otimização do tempo e o reconhecimento precoce de sinais de deterioração, que culmina em benefícios para o tratamento da situação de instabilidade, especialmente na primeira hora após a instalação de sintomas (Olgers *et al.*, 2017).

Após a avaliação primária ou inicial, em situações de estabilidade iniciava-se a avaliação secundária com a reavaliação dos parâmetros vitais e a recolha de informação relevante através do “CHAMU”, que permite uma recolha de informação sistematizada e completa, uma vez que aborda: Circunstâncias da situação, História da vítima, Alergias, Medicação habitual e Última refeição (INEM, 2012a). O recurso a metodologias como as referidas permitem a esquematização mental dos dados relevantes a transmitir ao CODU para referenciação e preparação da receção hospitalar.

As ambulâncias SIV distinguem-se dos outros meios de socorro dado que são o primeiro meio onde o enfermeiro assume o papel de *team leader*. A formação destes enfermeiros é específica e a sua atuação é protocolada, sob controlo médico e supervisão clínica da estrutura profissional do INEM (Mota *et al.*, 2020).

Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem alicerçados em protocolos terapêuticos e de intervenção de forma a garantir a manutenção ou recuperação das funções vitais das vítimas, exemplo disso foram as situações de emergência por dor torácica. Recordo a atuação perante uma pessoa do sexo masculino, de 59 anos, com queixas de dor torácica opressiva com irradiação para o membro superior esquerdo, em que a abordagem foi realizada segundo a metodologia ABCDE e procedeu-se à monitorização da pessoa e realização de eletrocardiograma de 12 derivações, como protocolado nas situações de dor torácica. Após a confirmação de um enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST foi instituída a terapêutica do protocolo no que se refere ao alívio da dor e anti agregação plaquetária.

Nestas situações, o papel do enfermeiro é preponderante na avaliação correta e completa da vítima e comunicação com o CODU, onde o médico avalia os dados fornecidos e valida o protocolo de atuação. Além disso, as informações fornecidas pelos enfermeiros são decisivas para a ativação da Via Verde Coronária. O correto encaminhamento dos casos de enfarte agudo do miocárdio pelo INEM traduz-se num ganho de tempo fundamental para a eficácia terapêutica (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017b).

Uma situação de doença, inesperada ou agudizada, pode ser vivida com sofrimento. A insegurança, o medo da doença e os sentimentos de impotência e dependência potenciam a vulnerabilidade inerente à transição saúde-doença (Vieira, 2017). Na EEH, a preservação da dignidade significa o alívio do sofrimento e a promoção da sensação de bem-estar. Além disso, o respeito pela privacidade da pessoa é essencial no contexto da EEH, pois o socorro é, muitas vezes, realizado em locais públicos (Abelsson & Lindwall, 2017). Durante o estágio, quer na ambulância SIV quer na VMER, era preocupação constante da equipa a preservação da privacidade da pessoa, através da prestação de cuidados no ambiente domiciliar ou no interior das ambulâncias, sempre que a situação o permitia. Também o conforto da pessoa era um princípio norteador dos cuidados, como é exemplo a prestação de cuidados de higiene necessários no caso de pessoas idosas dependentes, o aquecimento da célula da ambulância, a administração de terapêutica no alívio da dor e a presença da família, sempre que possível.

A presença da família no momento da prestação de cuidados no contexto da EEH é um tema controverso. A equipa da EEH tende a pedir o afastamento dos familiares com a justificação, empírica, de que é a opção menos traumatizante para os familiares e mais facilitadora da tomada de decisão dos profissionais, principalmente no que respeita à cessação das manobras de reanimação (Malta *et al.*, 2015). Porém, os familiares têm sido apontados como parte integrante para a prestação de cuidados, já que podem apoiar a vivência e a adaptação da PSC à doença ou complicação aguda e grave (Soares *et al.*, 2016).

Durante o estágio tive a oportunidade de atuar em casos de paragem cardiorrespiratória (PCR) tanto na ambulância SIV como na VMER. Recordo de uma situação vivenciada na VMER, em que ocorreram a uma PCR assistida pelo familiar, que iniciou suporte básico de vida (SBV), e onde a equipa da ambulância SIV encontrava-se a realizar manobras há 20 minutos. Após inteirar-se da situação, o médico pediu aos familiares para se ausentarem da sala onde decorriam as manobras de reanimação, a fim de conferenciar com a equipa a cessação dos procedimentos, sem que fosse dada a oportunidade da família estar presente, se fosse esse o seu interesse.

Numa situação de PCR, dada a sua natureza inesperada e a baixa probabilidade de sobrevivência da pessoa, a família pode querer ou não presenciar as manobras de reanimação. De entre os fatores predisponentes à defesa da presença da família encontram-se a promoção de um processo de luto saudável das famílias, redução de litígios e comportamento adequado dos profissionais de saúde que prestam socorro. Vardanjani *et al.* (2021) mostram que a presença da família durante a reanimação não causou traumas psicológicos às famílias e reduziu a depressão, o medo e a ansiedade causados pelo procedimento, enquanto aumentou a satisfação com os cuidados de saúde. Outro estudo demonstrou que, para os familiares, estar presente permitiu ter uma conexão física, emocional e espiritual com a pessoa e que para eles era importante ver que “tudo estava a ser feito” (Considine *et al.*, 2022).

Tendo em conta a evidencia científica, a presença da família na reanimação e em outros procedimentos no contexto da EEH pode ser benéfico para a PSC e para a família, no entanto deve atender às necessidades individuais dos envolvidos.

Assim, a família deve ser incluída na prestação de cuidados sempre que a situação o permitir e sempre que a pessoa e a família o desejarem.

As atividades realizadas para a concretização do objetivo supracitado, permitiram a aquisição das seguintes competências comuns do EE:

- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

- Promove a proteção dos direitos humanos.

Também permitiram a aquisição das competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC:

- Presta cuidados de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica.

2.2 Do domínio da melhoria contínua da qualidade

Atualmente, deparamo-nos com uma população marcadamente envelhecida e repleta de comorbidades, o que aumenta a complexidade dos cuidados a prestar e dita a necessidade de uma prática segura e sustentada na melhoria contínua da qualidade (Ribeiro *et al.*, 2017). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 ressalva que a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética, uma vez que contribuem para a redução dos riscos evitáveis e para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde (Despacho n.º 5613/2015, 2015).

Neste sentido, a qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional de qualidade, que tem em conta os recursos disponíveis, com o objetivo de alcançar a satisfação do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, 2015).

Na garantia da qualidade e segurança dos cuidados, o EE concebe e operacionaliza projetos na área da qualidade, avalia e revê práticas e implementa programas de melhoria contínua, bem como garante um ambiente terapêutico e seguro nos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste subcapítulo apresento a descrição reflexiva de algumas atividades desenvolvidas

no âmbito da melhoria contínua da qualidade de forma a concretizar o objetivo específico identificado.

Objetivo: Participar na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos e na gestão do risco.

O Pilar 5 do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026), práticas seguras em ambientes seguros, preconiza a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e das resistências aos antimicrobianos (RAM), através de várias ações, das quais ressalvo duas: adesão às precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

As IACS são infeções adquiridas pelas pessoas que recorrem aos serviços de saúde e pelos profissionais que neles desempenham funções, em resultado dos cuidados de saúde prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, continuados, domiciliários) (DGS, 2008). O impacto das IACS e RAM na vida da população é incalculável. Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) mais de 24% das sepsis devem-se a IACS e as mortes são duas a três vezes superiores quando as infeções são resistentes aos antimicrobianos.

Na **UCIP** está protocolado o uso de equipamento de proteção individual (EPI) em todos os momentos da prestação de cuidados, quer no *open space* quer nos quartos de isolamento são disponibilizadas as batas de proteção, máscaras cirúrgicas e luvas. Também estavam disponíveis luvas não esterilizadas e esterilizadas e solução antisséptica de base alcoólica (SABA) na cama e mesa de trabalho de cada unidade individual.

Durante o estágio foram inúmeras as oportunidades de prestar cuidados à pessoa em VM. A VM é um procedimento que tem a finalidade de substituir parcial ou totalmente a ventilação espontânea, de forma a possibilitar a melhoria das trocas gasosas e diminuir o trabalho respiratório em pessoas em falência respiratória. Quando em uso, a pessoa fica sujeita ao risco de desenvolver uma pneumonia associada à intubação (PAI), apenas considerada no caso de surgir na pessoa

intubada há mais de 48 horas ou na pessoa que foi extubada ou descanulada há menos de 48 horas, sendo a IACS mais prevalente em UCI (DGS, 2022a). Assim, tendo em vista a qualidade e segurança dos cuidados, a DGS (2022a) atualizou a norma clínica 021/2015 relativa ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da PAI, que preconiza os cuidados a desenvolver à pessoa em VM. Durante o estágio guiei a minha prática em função das *guidelines* nacionais, aplicando intervenções como a elevação da cabeceira a 30°, realização de cuidados de higiene oral a todos os turnos, verificação e manutenção da pressão do *cuff* entre os 20 e 30 cm H₂O, aspiração de secreções com recurso a técnica assética e otimização dos circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou não funcionantes.

Outra *bundle* implementada durante o estágio refere-se à Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central (CVC). Esta *bundle* está dividida em dois momentos: a colocação do CVC e a manutenção do CVC. Na UCIP, o recurso ao CVC é imperioso, essencialmente pela necessidade de administração de múltiplos fármacos, especialmente terapêutica vasopressora agressiva para os acessos periféricos, e realização de técnica de substituição renal. Na colocação do CVC, colaborei na preparação do material de forma a manter a assepsia do mesmo e na preparação do local de inserção com clorhexidina a 2% em álcool (DGS, 2022b). Além disso, também surgiram oportunidades relacionadas com a manutenção do CVC, onde realizei os cuidados ao local de inserção do CVC segundo o preconizado na norma da DGS: higiene das mãos previa à manipulação do CVC, descontaminação dos pontos de acesso com recurso a clorhexidina a 2% em álcool e utilização de técnica assética na realização do tratamento ao local de inserção do CVC (DGS, 2022b).

No contexto **EEH**, a Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA) do INEM é responsável por dinamizar a resposta no controlo e prevenção de infeções. As áreas de intervenção preconizadas pela CPCIRA refletem as PBCI, que contemplam 10 itens: colocação do doente, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de EPI, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013). Apesar de

ser um contexto de amplas variáveis externas que condicionam a atuação dos profissionais na prevenção e controlo de infeção, durante o estágio nos meios do INEM verificou-se o cumprimento das PBCI, principalmente na higienização das mãos, utilização de EPI sempre que indicado, descontaminação do equipamento clínico após cada utilização e separação de resíduos por grupos de resíduos hospitalares.

No âmbito da segurança dos cuidados, a OMS afirma que as práticas de medicação inseguras e erros de medicação são das principais causas de danos evitáveis nos sistemas de saúde em todo o mundo, sendo que os erros de medicação ocorrem com mais frequência durante a administração (OMS, 2017). Tendo em conta esta afirmação, cabe ao EE zelar pela implementação e cumprimento, através da monitorização das intervenções preconizadas pelos órgãos de saúde nacional e mundial, com vista à qualidade e segurança dos cuidados.

Durante o estágio na **UCIP** participei na realização de auditorias referentes à identificação inequívoca da pessoa, identificação segura da medicação e de sistemas de perfusão, identificação e monitorização do risco de queda e risco de úlcera por pressão. As auditorias não servem, unicamente, para a deteção de erros e problemas, mas também permitem acompanhar os profissionais no desenvolvimento das suas competências, através da sensibilização e orientação, de forma a potenciar a adequação, clareza e segurança dos cuidados de enfermagem (Serra *et al.*, 2022). Durante a auditoria foi perceptível que é uma preocupação constante da equipa de enfermagem identificar a unidade com o nome da pessoa e a colocação de pulseira de identificação na pessoa, para que seja possível a confirmação da identidade na realização de procedimentos. Ademais, verifiquei uma elevada taxa de adesão à identificação da medicação, denotando que a equipa estava desperta para os riscos associados à não identificação da medicação. Em algumas unidades, os sistemas de perfusão encontravam-se por identificar, daí, durante a auditoria, alertava o enfermeiro responsável pelos cuidados para essa situação que prontamente corrigia.

Ainda na temática da segurança do doente, na **EEH** verificaram-se várias práticas no sentido de promover cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. De entre várias recordo o acondicionamento da medicação e identificação da

mesma nos momentos de prestação de cuidados com a equipa multidisciplinar. Exemplo disso foi uma ocorrência para uma PCR, em que no local encontravam-se elementos de uma ambulância de socorro e a ambulância SIV, onde decorria o turno, era o meio mais diferenciado no momento. Posteriormente ocorreu ao local a VMER e conjuntamente com os elementos da ambulância SIV foram realizadas manobras de SAV. Durante as manobras os enfermeiros preparam-me e administraram medicação, sempre com a confirmação verbal da sua administração e a identificação das seringas e perfusões. Esta prática permite que os diversos elementos com competências para administração de medicação identifiquem prontamente a mesma e, com a confirmação oral da administração também dá conhecimento ao *team leader* e restante equipa da execução da intervenção.

O EE reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, se necessário, agiliza a conceção e implementação de estratégias que promovam a melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No estágio desenvolvido na **UCIP** identifiquei uma oportunidade de melhoria referente aos momentos de transição de cuidados. Segundo o PNSD 2021-2026, a comunicação efetiva tem elevada relevância nos “momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 100). A transição de cuidados de saúde engloba todos os momentos em que se verifique a transferência da responsabilidade dos cuidados e de informação entre profissionais de saúde, com o objetivo de assegurar a continuidade e segurança dos mesmos (DGS, 2017a), sendo qualificada como uma situação complexa, vulnerável e crítica que comporta riscos para a segurança da pessoa, como o risco de perda de informação devido à comunicação inadequada (Wibrandt & Lippert, 2017). Um estudo da Joint Commission International (JCI) revela que a comunicação inadequada na transição de cuidados é um fator detetado em 80% de todos os eventos adversos, onde se incluem erros cirúrgicos como local a intervencionar errado, procedimento cirúrgico errado ou pessoa errada, atrasos no tratamento, erros de medicação e quedas (JCI, 2018). Em contrapartida, vários estudos ressaltam a importância da organização da equipa e a implementação de uma transição de cuidados estruturada e padronizada, com efeitos positivos na segurança da pessoa e qualidade dos cuidados (Mardis *et al.*,

2015; Bukoh & Siah, 2019; Pakcheshm *et al.*, 2020; Siqueira *et al.*, 2022). A nível nacional, a DGS (2017a) preconiza a utilização da técnica ISBAR na transição de cuidados, em que o I corresponde à Identificação, o S à Situação atual, o B aos Antecedentes, o A à Avaliação e o R às Recomendações.

A técnica ISBAR foi desenvolvida pela Marinha dos Estados Unidos da América para assegurar uma comunicação clara e precisa entre os submarinos nucleares e, mais tarde, foi adotada pelos serviços de saúde pública (Haddeland *et al.*, 2022). A estrutura clara da técnica ISBAR permite a organização lógica das informações pertinentes a transmitir, facilita a preparação do processo de comunicação e, dado que o emissor e o recetor partilham o mesmo modelo mental, a compreensão e a atenção estão em níveis mais elevados. Além disso, é uma técnica de comunicação que promove a segurança dos cuidados e é uma boa prática da comunicação em situações críticas, pois reduz a severidade dos riscos encontrados e a ocorrência de eventos adversos, pelo facto de os erros serem detetados e corrigidos atempadamente e proporciona aos enfermeiros um sentido de previsibilidade e segurança (Müller *et al.*, 2018; Hou *et al.*, 2019; Haddeland *et al.*, 2022; Gadea-Company *et al.*, 2023).

Na **UCIP** onde decorreu o estágio, a transição de cuidados é realizada em dois momentos. O primeiro momento diz respeito ao *briefing* realizado pelo enfermeiro coordenador do turno que está a terminar direcionado à equipa de enfermagem do turno que irá iniciar-se, de forma a permitir uma visão global do estado de saúde e plano de cuidados de cada pessoa internada no serviço. A ferramenta de apoio à transição de cuidados do enfermeiro coordenador é em formato de papel, cuja atualização é efetuada, manualmente, a todos os turnos, o que torna o processo moroso e com riscos inerentes às várias caligrafias. Com o intuito de promover a melhoria da qualidade, em debate com a Enfermeira Tutora (ET) propus-me a construir uma ferramenta de apoio à transição de cuidados que permitisse maior segurança na comunicação e que a sua atualização fosse um momento mais célere. Desta forma, com recurso à técnica ISBAR e com o apoio da ET no que seria mais facilitador para os enfermeiros coordenadores do serviço, foi realizada uma Proposta de Ferramenta de Apoio à Transição de Cuidados (Apêndice 1). A ferramenta é em formato digital e permite a sua atualização constante sem perda de informação e com maior rapidez. Além disso, foi projetada uma ferramenta

ISBAR individual também em formato digital, cujo intuito é ser preenchida no momento de admissão da pessoa na UCIP e ser atualizada sempre que ocorram alterações, de forma que a informação seja a mais atual e esteja disponível na pasta partilhada do serviço. Assim, tanto o enfermeiro responsável pelos cuidados diretos à pessoa como o enfermeiro coordenador obtêm a informação completa e correta, em tempo útil.

As atividades realizadas no âmbito do objetivo anteriormente referido, permitiram a aquisição das seguintes competências de EE:

- Demonstra capacidade em prestar cuidados especializados, assegurando ambientes terapêuticos e seguros.
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Bem como permitiram a aquisição da competência específica do EEEMC na área de Enfermagem à PSC:

- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

2.3 Do domínio da gestão dos cuidados

A tomada de decisão revela-se cada vez mais exigente e complexa, fruto, maioritariamente, dos constantes avanços científicos e tecnológicos, o que comporta a necessidade de respostas eficientes e eficazes por parte dos enfermeiros. No exercício da profissão, o EE é autónomo nas suas decisões tanto na prestação de cuidados como na gestão da equipa de trabalho. Destarte, é perceptível a influência exercida pelo enfermeiro gestor ou pelo líder na equipa de trabalho, sendo este responsável por articular os seus conhecimentos e a sua experiência, com vista à otimização do ambiente organizacional e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade dos cuidados (Lourenço *et al.*, 2022). Portanto, o EE otimiza o processo de cuidados, de forma a garantir a qualidade e segurança dos mesmos, através da adequação de recursos, coordenação e

liderança de equipas (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste subcapítulo apresento a descrição reflexiva de algumas atividades desenvolvidas no âmbito da gestão dos cuidados, de forma a concretizar os objetivos específicos identificados.

Objetivos: Conhecer a gestão e organização dos contextos de estágio; Gerir os cuidados especializados em articulação com a equipa de saúde.

A gestão dos cuidados é fulcral para a garantia da qualidade e segurança dos mesmos. Na **UCIP**, os enfermeiros encontram-se divididos em equipas e cada equipa tem um coordenador. Este é, preferencialmente, um EEEMC que desempenha as funções de gestão do turno e dos cuidados, bem como de comunicação com a equipa médica. As funções de gestão do serviço estão alocadas à Enfermeira Gestora, que conta com o apoio de uma EE. Durante o estágio foi possível acompanhar a ET no desempenho das funções de enfermeira coordenadora, o que possibilitou o entendimento da dinâmica para o funcionamento de uma equipa multidisciplinar extensa e a reflexão sobre a otimização e a gestão de recursos humanos e materiais face à priorização dos cuidados.

No início do turno, o enfermeiro coordenador participa no *briefing*, onde toma conhecimento sobre o plano de cuidados de todas as pessoas internadas no serviço para, posteriormente, assistir à visita médica. As alterações ao plano de cuidados que advêm da visita médica são comunicadas pelo enfermeiro coordenador à equipa de enfermagem. Desta forma, o enfermeiro coordenador obtém uma imagem global da necessidade e priorização dos cuidados, o que permite uma melhor gestão dos mesmos. Recordo uma situação em que foi notória a importância do enfermeiro coordenador no turno. Nessa manhã, perto da hora de almoço, havia a necessidade de colocar uma senhora em VM, sendo necessário intubar, coincidindo com a hora de despronar um senhor, que facilmente poderia apresentar instabilidade hemodinâmica. Nesta situação presenciei a tomada de decisão da ET, que assumia a coordenação do turno, na qual estratificou o risco de instabilidade, priorizando a intubação da senhora por apresentar instabilidade respiratória ao invés do desprone do senhor por apresentar-se estável no momento

e por ser uma intervenção que poderia alterar esse facto. No final, refletimos sobre a tomada de decisão o que permitiu adquirir competências nesse âmbito.

O desempenho e conhecimento do enfermeiro coordenador na gestão dos cuidados é preponderante no desenrolar do mesmo. Os momentos de admissão da PSC na UCIP, eram planeados pelo enfermeiro coordenador, que geria os cuidados de forma que a equipa de enfermagem estivesse disponível em número suficiente para colmatar as necessidades da PSC à chegada. Durante o estágio foram inúmeras as oportunidades de preparação da admissão, onde testei os equipamentos necessários, como o ventilador, bombas e seringas perfusoras e equipamento de monitorização, e preparei material para colocação de linha arterial e cateter venoso central, com o intuito de antecipar a necessidades da PSC e intervir em tempo útil.

A UCIP permite o contacto com situações de elevada gravidade, o que promove o desenvolvimento de conhecimentos especializados no que diz respeito à priorização dos cuidados. Durante o estágio experienciei situações em que os cuidados de higiene e a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica foram adiados devido à instabilidade da PSC. De notar que, frequentemente, o enfermeiro coordenador prestava assessoria à equipa de enfermagem nesta tomada de decisão. Assim, ao EE é reconhecida elevada competência na prestação de cuidados especializados e na tomada de decisão.

A liderança é a arte de influenciar pessoas, através das melhores estratégias, tendo em vista a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados. Um líder cria empatia, constrói confiança e ambientes de trabalho saudáveis que promovem a segurança dos cuidados (Silva *et al.*, 2014). Desta forma, a liderança é uma ferramenta essencial para a gestão de cuidados e da equipa, pois é promotora da criatividade e desenvolvimento da equipa. Contudo, liderar exige preparação, criatividade e determinação, o que pressupõe que a capacidade de liderar é construída e aprimorada diariamente (Silva *et al.*, 2021). Exemplo disso foi uma situação de instabilidade com risco de vida de um senhor, em que a ET, a desempenhar funções de enfermeira coordenadora, assumiu prontamente os cuidados à PSC, uma vez que era dotada de mais conhecimentos e experiência que a enfermeira responsável pela PSC. No entanto, aproveitou esse momento para desempenhar o papel de educadora e assessora para debater em equipa a

prestação de cuidados, com o intuito de ser um momento de crescimento em equipa.

A colaboração com a ET, no desempenho do papel de enfermeira coordenadora, permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão dos cuidados à PSC, no que se refere à priorização dos cuidados em função da complexidade das situações clínicas e à adoção de uma postura dinamizadora na equipa com vista a obtenção dos melhores resultados.

Também a transição de cuidados assume um fulcral da gestão de cuidados, pois é nessa informação transmitida que o enfermeiro coordenador planeia o turno e prioriza os cuidados. Assim, a base da gestão de cuidados passa pela comunicação eficaz no momento de transição de cuidados. A DGS (2017a) salienta a importância de uma comunicação eficaz na transição de cuidados e recomenda a técnica ISBAR para esses momentos. Durante o estágio constatei que a transição de cuidados não era sustentada em nenhuma técnica e ferramenta padronizada, apenas seguia uma lógica sequencial emparelhada nos sistemas corporais. Por apresentar-se como uma área de melhoria com repercussões na qualidade e segurança dos cuidados, propus uma ferramenta de apoio à transição dos cuidados alicerçada na técnica ISBAR.

A dinâmica de trabalho da **EEH** difere em muito dos contextos hospitalares, uma vez que são equipas multidisciplinares de dois elementos, na VMER constituída por um médico e um enfermeiro e na ambulância SIV por um enfermeiro e um TEPH. O papel desempenhado pelo enfermeiro nestes dois meios tem algumas diferenças. Apesar de, em ambos os meios, o enfermeiro prestar cuidados altamente complexos com o intuito de manter ou recuperar as funções vitais da PSC, na ambulância SIV tem a competência acrescida de ser o *team leader*, sendo da sua responsabilidade, não só a liderança do seu meio de socorro, mas também, quando é o meio mais diferenciado no local, a liderança dos restantes elementos da EEH (Mota *et al.*, 2020).

Ao EE, no desempenho do papel de gestor dos cuidados, é demandado conhecimento, habilidade e atitude adequados para implementar as suas funções com eficácia. O seu papel é preponderante durante a atuação na situação de emergência ao informar a equipa do que precisa fazer e ao motivar as pessoas para

o desempenho das suas funções. Além disso, garantir a segurança dos cuidados de saúde, pela implementação de metodologias de gestão do risco e do desenvolvimento de estratégias, integra o leque de responsabilidades do EE.

Na EEH, onde os cenários de emergência são muitas vezes hostis, a capacidade de gestão assume contornos mais complexos, impondo-se tomadas de decisão firmes e suportadas pela melhor evidência científica (Mota *et al.*, 2020). Durante o estágio foi perceptível uma preocupação constante, na chegada ao local, pela garantia das condições de segurança à priori, e no decorrer da atuação dos meios de forma a garantir a segurança da PSC. Na VMER, para além dos cuidados de enfermagem que prestam no contexto do SAV, os enfermeiros são o elemento responsável pela condução do veículo que transporta esta equipa desde a sua base até ao local da ocorrência. Pela experiência de constituir a equipa da VMER no estágio e pelo *feedback* dos enfermeiros com que contactei, foi perceptível que a tarefa de conduzir um veículo de emergência requer um estado de alerta máximo e traduz-se num maior desgaste físico e psicológico do enfermeiro.

No que concerne à gestão de recursos materiais no contexto da EEH, em ambos os meios, o material é requisitado pelo enfermeiro coordenador à sua dependência hospitalar e é, posteriormente, repostado na base do meio. Relativamente ao equipamento das viaturas, o material está organizado em sacos de abordagem e a reposição dos mesmos é realizada após cada ativação, sempre que possível. Na VMER, à chegada da equipa no turno da manhã é efetuada a verificação do saco de abordagem “médica”, do monitor-desfibrilhador e do dispositivo mecânico de compressão torácica. Os restantes sacos de abordagem eram verificados semanalmente segundo uma escala. Já na ambulância SIV foi possível realizar a verificação dos sacos de abordagem e do material que integra a ambulância.

O recurso a sacos de abordagem e a distribuição do material nos compartimentos segundo a metodologia ABCDE permite a sua organização sistematizada, de forma a uniformizar a disposição dos materiais, para que seja prático e de fácil entendimento para os profissionais que os utilizam. Desta forma, permite uma atuação mais célere e precisa na prestação de cuidados em situações de emergência.

Ao EE é exigido que, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, conceba, planeie e gere a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Assim, o EEEMC na área da enfermagem à PSC deve ser detentor de formação humana, técnica e científica que lhe propicie uma resposta especializada e eficaz em contextos de maior complexidade.

No estágio, nomeadamente num dos turnos efetuados na VMER, foi possível responder a uma situação de exceção. Compreende-se como situação de exceção, uma situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, como são exemplo as intoxicações (INEM, 2012b). A ocorrência decorria numa escola da região em que a maioria das vítimas eram crianças de 12 a 13 anos de idade, por provável inalação de gás. À chegada ao local deparamo-nos com 22 vítimas e sendo o primeiro meio a chegar realizamos a triagem.

Numa situação de multivítimas a triagem é efetuada em duas fases. A triagem primária baseia-se no método *Simple Triage And Rapid Treatment* (START), onde pretende-se triar de forma mais rápida um grande número de vítimas, utilizando-se os seguintes discriminadores: “Vítima anda?”; “Respira?”; “Frequência cardíaca?”, que se traduzem em prioridades: Vítima emergente; Vítima grave; Vítima não grave; Morto. O fluxograma de triagem primária permite a imposição da ordem e assegura que perante um grande número de vítimas a triagem é feita de uma forma célere (INEM, 2012b). A triagem secundária, que compreende a avaliação da escala de coma de Glasgow, frequência respiratória e pressão arterial sistólica, baseia-se no Triage Revised Trauma Score (TRTS) em que a prioridade é definida pela soma dos três parâmetros avaliados.

No caso vivenciado todas as vítimas eram não graves, pelo que procedeu-se à avaliação segundo a metodologia ABCDE. Pela escassez de material, os dados foram recolhidos pela inquirição de sintomas que na sua generalidade eram cefaleias e dificuldade respiratória. Com a chegada dos meios locais, bombeiros de várias corporações, foi possível a avaliação mais célere das vítimas e a instituição do tratamento que passava por oxigenoterapia com máscara de alto débito, dado que havia uma possibilidade de inalação de monóxido de carbono.

A intoxicação por monóxido de carbono é uma das intoxicações fatais mais comuns, uma vez que o monóxido de carbono tem uma afinidade 240 vezes maior com a hemoglobina do que o oxigénio, o que provoca hipoxemia pela criação da carboxiemoglobina (Scott & Foster, 2013). Os sintomas típicos da intoxicação aguda por monóxido de carbono incluem fadiga, cefaleia severa, náusea, tontura, vómitos, dor torácica, palpitações podendo evoluir para alteração do estado de consciência, convulsão e PCR (Gozubuyuk *et al.*, 2017). O tratamento deste tipo de intoxicações consiste na administração de oxigénio a uma concentração próxima de 100%, de forma a favorecer a dissociação do monóxido de carbono da hemoglobina, reduzindo-se a semivida da carboxiemoglobina.

Nesta situação foi perceptível a coordenação de vários meios no socorro e transporte das vítimas, cruciais na situação pela rapidez e disponibilidade de meios essenciais ao tratamento das crianças. Além disso, também foi possível presenciar a articulação das várias entidades do SIEM presentes no local.

As atividades realizadas permitiram a aquisição das seguintes competências comuns de EE:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
- Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

As mesmas atividades permitiram a aquisição da competência específica do EEEMC na área de Enfermagem à PSC:

- Gere os cuidados em situações de emergência e exceção.

2.4 Do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE é responsável pelo desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade, bem como por desenvolver uma prática baseada na melhor e mais atual evidência científica. Numa sociedade em constante mudança, com o desenvolvimento tecnológico e de técnicas inovadoras, a especialização do enfermeiro torna-o mais

apto na prática dos cuidados (Silva *et al.*, 2018). O desenvolvimento do autoconhecimento e pensamento crítico são fulcrais para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem.

Neste subcapítulo apresento a descrição reflexiva de algumas atividades desenvolvidas no âmbito das aprendizagens profissionais, de forma a concretizar os objetivos específicos identificados.

Objetivo: Desenvolver conhecimentos na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Objetivo: Dinamizar a incorporação da evidência científica no contexto da prática de cuidados.

O EE fundamenta a tomada de decisão e as suas intervenções em conhecimento científico atual e pertinente, e facilita os processos de aprendizagem dos pares como agente ativo no campo da investigação (Regulamento nº140/2019). Durante a realização do estágio na UCIP procurei atualizar o meu conhecimento relativamente à PSC e sempre que considerava pertinente difundia os resultados da minha pesquisa. Exemplo disso são as intervenções realizadas para a prevenção da bacteremia associada ao CVC. Uma das práticas do serviço era a substituição dos sistemas de perfusão a cada quatro dias, contrariada pela *Society for Healthcare Epidemiology of America* (SHEA) (2022) que refere que a substituição dos sistemas de perfusão por rotina deve ser realizada a cada sete dias, desde que não tenham sido utilizados para administrar sangue e hemoderivados ou terapêutica com formulações lipídicas (Buetti *et al.*, 2022). O debate deste tema gerou bastante interesse pela ET, pela sua importância para a gestão de recursos materiais, porém não foi possível apresentar uma proposta à Enfermeira Gestora da unidade por escassez de tempo. Buetti *et al.* (2022) preconizam, ainda, o uso de antimicrobiano na *lock* terapia e a sua aplicação tópica no local de inserção de CVC de longa duração, prática que não se verifica na UCIP onde decorreu o estágio e a qual a equipa de enfermagem não tinha conhecimento de ser recomendada. Assim, é papel do EE identificar lacunas do conhecimento e

contribuir para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento n.º 140/2019).

O *debriefing* estimula o pensamento crítico, criativo e reflexivo. É o momento no qual se efetua uma análise reflexiva sobre a experiência vivenciada e sobre o que foi apreendido. Este proporciona oportunidades únicas para a comunicação em equipa com repercussões na qualidade e segurança dos cuidados (Diaz-Navarro *et al.*, 2021). Na promoção dos cuidados baseados na melhor evidência científica, os momentos de debate e reflexão com a ET foram constantes, quer no âmbito da prestação de cuidados direta à PSC, nomeadamente sobre as práticas fundamentadas na evidência, técnicas de colocação de dispositivos de monitorização invasiva, presença da família, comunicação com a PSC, quer no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados, no que diz respeito à gestão dos cuidados, prevenção e controlo de infeção e participação em comissões hospitalares. Os momentos de *debriefing* contribuíram para a reflexão sobre as competências do EE e a importância do mesmo na dinâmica da equipa.

Atualmente, verifica-se uma mudança no paradigma dos cuidados intensivos. Os avanços da tecnologia e dos cuidados de saúde permitem às pessoas viverem mais tempo, contudo mais anos de vida, muitas vezes, acarretam mais comorbidades, que se traduz em internamentos mais prolongados. O aumento do tempo de internamento na UCI e as alterações nas *guidelines* da sedação e ventilação abrem portas para um contexto dos cuidados intensivos com mais pessoas acordadas e em ventilação espontânea.

Florence Nightingale reconhecia a importância do ambiente que envolve a pessoa e a contribuição do silêncio, da luz, do ar fresco, da limpeza e do calor no processo de cura. Porém, os hospitais comportam um design funcional para a prestação de cuidados, que resultam num ambiente pouco natural caracterizado pela falta de luz natural, poucas janelas, superfícies duras que potenciam o ruído e falta de decoração ligada à natureza (Minton & Batten, 2015). Tendo em conta as mudanças no estado de consciência das pessoas internadas na UCI e a perceção da mesma do meio envolvente, urge a necessidade de otimizar o ambiente da UCI de forma a potenciar o conforto e recuperação da pessoa em situação crítica.

Durante o estágio foi possível vivenciar o ambiente altamente tecnológico e movimentado característico da UCI. Assim, percebi que a PSC está exposta a uma ampla gama de perturbações, como ruído, luz, procedimentos de enfermagem, ventilação invasiva e não invasiva, além da sua própria doença. Apesar de toda a evidência científica relativamente aos benefícios da otimização do ambiente, que reporta ao início da enfermagem moderna, ainda é notório a falta de consideração estética no *design* das UCIs, o que sugere que as questões colocadas por Nightingale são as mesmas que devem ser consideradas atualmente.

No que se refere ao som presente na UCI, em níveis e padrões adequados, permitem a manutenção dos parâmetros fisiológicos normais da pessoa internada, no entanto, o som excessivo, neste contexto, denominado de ruído, está associado a perturbações do sono, a défices auditivos, a alterações do comportamento e ao *delirium* (Voigt *et al.*, 2017; Luetz *et al.*, 2019). Assim, a OMS recomenda que os níveis de ruído não ultrapassem os 35 decibéis durante o dia e 30 decibéis durante a noite, em contexto hospitalar. Porém vários estudos reportaram elevados níveis de ruído na UCI (Delaney *et al.*, 2017; Simons *et al.*, 2018; Dawson & Johansson, 2020). Desta forma, os elevados níveis de ruído ambiental são suscetíveis de contribuir para a perturbação do sono (Delaney *et al.*, 2017; Simons *et al.*, 2018; Alegria *et al.*, 2023), aumento do débito cardíaco, da pressão arterial, do metabolismo e da frequência respiratória e na diminuição da secreção digestiva (Dawson & Johansson, 2020).

As flutuações e o tipo de luz no ambiente da UCI podem afetar os ritmos circadianos, alterar a secreção de melatonina, perturbar os padrões de sono e a organização temporal e produzir baixo desempenho cognitivo (Voigt *et al.*, 2017; Luetz *et al.*, 2019). Na pessoa internada na UCI existem alterações das funções vitais, atividade motora e dos níveis de cortisol e melatonina associados ao uso de sedativos, no entanto sabe-se que a luz natural pode interferir na sincronização do núcleo supraquiasmático responsável pela regulação do ritmo circadiano (Castro *et al.*, 2011; Weiss *et al.*, 2016). Estudos ressaltam os benefícios da luz natural ao longo do período diurno, ou de luz artificial caso a luz natural seja insuficiente, e a manutenção de níveis mínimos de luz e promoção da escuridão durante a noite para preservar o ritmo circadiano e reduzir a incidência do *delirium* (Voigt *et al.*, 2017).

Ainda relativo ao ambiente, a afeção inata do ser humano pela natureza e a sua importância para o seu bem-estar diário é explicada pelo conceito biofilia. A natureza refere-se a vários elementos dentro do ambiente natural como plantas, animais, água, terra e ar, e ao conjunto destes elementos como paisagens, além de reconhecer a importância do ciclo dia/noite e da exposição à luz natural/solar (Minton & Batten, 2015). A incorporação da natureza no design dos hospitais tem sido notória, porém o design da UCI tem recebido pouca atenção neste sentido apesar de serem descritos na literatura os benefícios do contacto com a natureza na redução do stress (van Iperen *et al.*, 2023). Alguns estudos, apesar de não refletirem o ambiente da UCI, demonstram que a exposição à natureza promove a melhoria da função cognitiva, atividade cerebral, pressão arterial, saúde mental e sono (Jimenez *et al.*, 2021). E ainda, o contacto com vegetação no quotidiano apresentou resultados positivos, nomeadamente na melhoria da qualidade do ar inspirado, função cognitiva e conexão social (van Iperen *et al.*, 2023).

Com o objetivo de melhorar o meu conhecimento relativamente a esta temática, desenvolvi uma revisão da literatura (Apêndice II) com a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente da unidade de cuidados intensivos com impacto no estado de saúde da pessoa em situação crítica?”. A questão de investigação segue a metodologia PICO, sendo que a população é a pessoa em situação crítica, a intervenção é a gestão do ambiente, o contexto é a unidade de cuidados intensivos e o resultado é a melhoria do estado de saúde da pessoa em situação crítica.

Para o desenvolvimento da revisão da literatura, procedeu-se à pesquisa através da EBSCO nas bases de dados, MEDLINE Complete e CINAHL, na plataforma B-on, Web Of Science, Scopus e Cochrane Library durante o mês de dezembro de 2023, onde foram utilizados os seguintes descritores em saúde *Environment, Intensive care unit, Nursing interventions, Noise reduction, Sound, Light, Temperature, Humidity, Nature, Gardens, Patient Comfort, Patient satisfaction, Patient-relevant outcomes*, e os termos não controlados Biophilia e Green spaces. Os limitadores temporais utilizados abrangem publicações dos últimos cinco anos à data da pesquisa. A pesquisa foi limitada aos idiomas português e inglês, disponibilidade do texto completo e análise pelos pares, sendo excluídos todos os artigos em contexto de cuidados intensivos pediátricos.

Os resultados obtidos no desenvolvimento deste trabalho permitiram sistematizar a evidência científica na área dos cuidados intensivos, contribuindo para a obtenção de conhecimento e para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada (Regulamento nº140/2019, 2019). A literatura é eximia a demonstrar que o ambiente da UCI tem um papel de relevo no processo de recuperação da pessoa em situação crítica e em risco de vida.

As intervenções decorrentes deste trabalho visam a diminuição de fatores ambientais prejudiciais à pessoa internada na UCI, tais como o ruído e a presença de luz artificial/ausência de luz natural. O uso de tampões auriculares e máscaras oculares, o recurso a elementos de orientação temporal e espacial (como relógios, calendários) e a exposição à luz natural durante o dia e diminuição da luz artificial durante a noite apresentaram efeitos positivos na qualidade do sono, prevenção do *delirium* e diminuição dos dias de internamento na UCI.

No que concerne à incorporação de elementos naturais no contexto dos cuidados de saúde, Jimenez *et al.* (2021) evidenciam a associação entre a exposição à natureza e melhoria da função cognitiva, atividade cerebral, pressão arterial, saúde mental, atividade física e sono. No entanto, uma das limitações encontradas na realização deste trabalho foi a falta de evidência científica relativa à exposição aos elementos naturais das pessoas internadas na UCI. Porém, existem várias iniciativas nas UCI que promovem o contacto com a natureza através da ida ao exterior, em que associam o ar fresco a efeitos positivos na saúde mental e, potencialmente, na saúde física pela exposição à luz solar (Blans & Strang, 2023). Outro exemplo é o espaço designado como “Balcony of Hope” da UCI do Hospital Universitário Virgen Macarena em Sevilha, que consiste numa área interior com uma televisão e uma ampla porta de vidro que comunica com o terraço exterior, que permite a ida ao exterior das pessoas internadas nessa UCI (González-Caro *et al.*, 2023). Tendo em conta que estas iniciativas são recentes, ainda não foi possível a recolha de dados para a investigação dos seus benefícios.

Com a realização deste trabalho percebi que o enfermeiro, através da otimização do ambiente, tem a possibilidade de melhorar a experiência da PSC numa UCI além de contribuir para *outcomes* mais positivos. O término deste trabalho foi póstumo ao período de estágio na UCIP, pelo que não foi possível apresentar os resultados

à equipa presencialmente, no entanto os mesmos foram transmitidos à ET e Enfermeira Gestora da UCIP onde decorreu o estágio.

A prática de enfermagem em **EEH** requer diversos conhecimentos, habilidades e competências, pois são a primeira ajuda em situações ameaçadoras das funções vitais. Os cuidados de enfermagem nesta vertente são altamente desafiantes pela imprevisibilidade do ambiente e condições de trabalho e recursos limitados, além da pressão para uma tomada de decisão rápida e eficaz. Ao enfermeiro é, ainda, patenteada a tomada de decisão nas várias emergências, sendo necessário operar de forma profissional, alerta e flexível em situações de ameaça de vida, e lidar com as constantes distrações e interrupções (Argyriadis *et al.*, 2023; Bardhan & Byrd, 2023).

Na EEH, o enfermeiro não só é responsável pela triagem, estabilização e transporte das vítimas, como também pelo apoio emocional da vítima, familiares e equipa que operacionaliza o socorro, o que caracteriza um ambiente de trabalho de alta pressão e emocionalmente pesado. Esta linha de trabalho pode dar ao enfermeiro a sensação de gratificação durante a prestação de cuidados, mas também, de acordo com a literatura, pode gerar ansiedade, angústia, exaustão física e emocional resultante das experiências negativas e dos sentimentos de impotência e frustração perante os casos de não sucesso no socorro às vítimas (Almeida *et al.*, 2023).

A exposição diária aos desafios organizacionais, intervenções diagnósticas e terapêuticas e sofrimento das pessoas que requerem cuidados de enfermagem é determinante no desenvolvimento de um estado de mal físico e psicológico, associado à ansiedade, depressão e *burnout*, que impacta, negativamente, todo o sistema de saúde, devido a erros de medicação, aumento dos dias de internamento e escassa qualidade dos cuidados (La Torre *et al.*, 2022).

Tendo em consideração a importância do trabalho desempenhado pelos enfermeiros da EEH e o impacto que o bem-estar dos mesmos tem na prestação de cuidados, constituiu-se como oportunidade de contributo para o local de estágio o desenvolvimento de um trabalho na temática do *mindfulness*, cujo objetivo foi fornecer uma estratégia para reduzir o *stress* dos enfermeiros da EEH (Apêndice III).

Na filosofia budista oriental, o *mindfulness* era ensinado como um meio para aliviar o sofrimento humano e cultivar a compaixão. Assim, o *mindfulness* participa na promoção da saúde e bem-estar através da compreensão da interação entre a mente, corpo e emoções. Apesar de subjetivo, o *mindfulness*, traduzido como atenção plena, é a habilidade de estar presente momento a momento e mostrar consciência, aceitação e atenção do que acontece em cada momento. O *mindfulness* é frequentemente classificado como um processo transformador e de afirmação de vida, que permite o acesso imediato aos poderosos recursos internos para a percepção, transformação e cura.

Embora seja nula a evidência científica relativamente à utilização do *mindfulness* no contexto extra-hospitalar na realidade portuguesa, vários estudos indicam os benefícios de programas de redução de *stress* baseado no *mindfulness*, MBSR. Num estudo realizado por LaTorre *et al.* (2022), que engloba revisões sistemáticas e narrativas, é possível verificar que o recurso a programas de MBSR têm um impacto positivo no bem-estar psicológico e saúde mental dos enfermeiros, nomeadamente na diminuição da ansiedade e *stress* e melhoria da atenção, foco e autogestão em ambientes de trabalho stressantes. Também Wexler & Schellinger (2023) demonstraram a eficácia dos programas de MBSR de oito semanas na redução do *stress* e melhoria do conhecimento e capacidade na utilização de estratégias de redução de *stress* baseadas no *mindfulness*. Outro estudo, realizado com enfermeiros do serviço de urgência em que durante dez dias praticaram meditação *mindfulness*, demonstrou que os enfermeiros participantes do grupo intervenção apresentaram uma melhoria das suas funções cognitivas (atenção, pensamento, memória, concentração), das relações interpessoais, da satisfação pessoal e da qualidade de sono, bem como diminuição das emoções e comportamentos negativos (Argyriadis *et al.*, 2023).

A meditação *mindfulness* revela-se promotora da minimização do *stress* e burnout entre enfermeiros. No entanto, estes profissionais, pela elevada carga horária apresentam pouca disponibilidade para cumprir programas de MBSR longos. Em contrapartida, estudos demonstraram que a meditação durante cinco a dez minutos por dia, durante quatro a oito semanas, diminui a exaustão emocional e promovem o bem-estar e a autoestima (Green & Kinchen, 2021).

Além da literatura são várias as iniciativas e sinergias criadas pelos sistemas de saúde internacionais e empresas privadas, nomeadamente a parceria do NHS Trust Foundation com a Psynergy Mental Health em que fornecem uma plataforma informática com um programa de *mindfulness* gratuito com acesso a ferramenta que guiam o utilizador durante o processo. Em Portugal, o recurso ao *mindfulness* como promotor da saúde mental é impulsionado, na sua maioria, por projetos de enfermeiros especialistas e psicólogos, nos diferentes hospitais, sendo ainda elevado o ceticismo relativamente à sua prática, apesar da evidência científica demonstrar os seus benefícios.

No sentido de divulgar o trabalho realizado e a proposta de integração do *mindfulness* na rotina dos enfermeiros da EEH, surgiu a oportunidade de concretizar uma formação aos enfermeiros do INEM, cuja apresentação integra o Apêndice IV. A concretização do presente trabalho incitou o reconhecimento que a capacidade de autoconhecimento e a gestão de sentimentos e emoções desempenham um papel influenciador da prestação de cuidados e atuação na equipa multidisciplinar.

As atividades realizadas no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais permitiram a aquisição das seguintes competências de EE:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

CONCLUSÃO

No presente trabalho foram abordadas as experiências vivenciadas ao longo do estágio mais significativas para o processo de aprendizagem, através da reflexão e fundamentação das atividades realizadas na persecução dos objetivos com o intuito de adquirir competências de EE e EEEMC na área de Enfermagem à PSC. Este mini relatório constitui-se como um *continuum* de um longo percurso que visa a construção de um Mestre e EE com um corpo de conhecimentos sustentado e uma prática baseada no cuidado humanizado, seguro e de qualidade.

A realização do estágio nos contextos da UCIP e da EEH revelou-se uma experiência bastante enriquecedora, pois permite o contacto com situações de elevada gravidade, promovendo o desenvolvimento de conhecimentos especializados relativamente à priorização dos cuidados. O contacto com a PSC e família permite a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos e a transformação dos mesmos na prática dos cuidados, com o objetivo de proporcionar os melhores cuidados.

Assim, considerando que o estágio permitiu um grande crescimento pessoal, profissional e académico, torna-se relevante revisitar, sumariamente, os aspetos mais relevantes no desenvolvimento de competências.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal destacam-se as reflexões acerca da humanização dos cuidados e o desenvolvimento de competências relativas à tomada de decisão, baseada na deontologia profissional e no respeito pelos direitos humanos. De realçar que a presença de barreiras à comunicação na PSC e a presença da família na prestação de cuidados nos dois contextos da prática otimizaram o processo de aquisição de competências ao nível da comunicação com a PSC e família e da gestão de emoções.

No domínio da melhoria contínua da qualidade adquiri competências no âmbito da segurança dos cuidados, nomeadamente na prevenção e controlo de IACS e

RAM e na identificação de oportunidades de melhoria e implementação de estratégias de melhoria. Nesse sentido, considero que a realização da Proposta de Ferramenta de Apoio à Transição de Cuidados com recurso à técnica ISBAR foi uma mais-valia para a UCIP e para mim como promotora do desenvolvimento profissional e académico.

No domínio da gestão dos cuidados desenvolvi competências ao nível da gestão de recursos humanos e materiais e trabalho de equipa. O facto de desenvolver o estágio, em ambos os contextos, com a tutoria de uma enfermeira coordenadora permitiu um contacto assíduo e direto com a gestão de cuidados. Ademais, o trabalho desenvolvido na temática da transição dos cuidados contribui para a aquisição de competências na transmissão de informação para a eficiência da continuidade de cuidados.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi competências de autoconhecimento e a assertividade e baseei a minha prática na evidência científica. Além disso, promovi a integração da evidência científica mais atual na equipa, o que contribui para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Por fim, a realização da revisão da literatura sobre gestão do ambiente da UCI permitiu sistematizar a evidência científica na área dos cuidados intensivos, contribuindo para a obtenção de conhecimento e para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada.

De uma forma geral, a contemplação das competências desenvolvidas e dos conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso denotam um carácter evolutivo face à assunção de um papel de Mestre e EEEMC na área de Enfermagem à PSC. Contudo, é um percurso desafiante, não só no que diz respeito à organização da vida pessoal, profissional e académica, mas também pelas vivências dos contextos, onde a falta de motivação pelas condições laborais é um entrave ao desempenho do papel do EE. Apesar disso, foi notório o esforço e dedicação das equipas na conceção de cuidados seguros e de excelência.

Como futura EE e Mestre em Enfermagem prevejo a obrigação de desempenhar um papel ativo na produção de conhecimento em enfermagem e na persecução da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, que garantem o respeito pela pessoa e ganhos em saúde.

Por fim, a concretização dos objetivos a que me propus foi possível, não só pelo trabalho que realizado e pelas horas que dedicadas ao estudo individual, mas também pela orientação crucial e constante disponibilidade da Prof^a Doutora Amélia Ferreira e pela partilha de conhecimentos e experiências com os ET e restante equipa de enfermagem dos contextos onde se desenvolveram o estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelsson, A., & Lindwall, L. (2017). What is dignity in prehospital emergency care? *Nursing Ethics*, 24 (3), pp: 268–278. <https://doi.org/10.1177/0969733015595544>.
- Almeida, M., Lobão, C., Coelho, A. & Parola, V. (2023). Emotional Management Strategies in Prehospital Nurses: A Scoping Review. *Nursing Reports* 13, pp: 1524–1538. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040128>
- Argyriadis, A., Ioannidou, L., Dimitrakopoulos, I., Gourni, M., Ntimeri, G., Vlachou, C. & Argyriadi, A. (2023). Experimental Mindfulness Intervention in an Emergency Department for Stress Management and Development of Positive Working Environment. *Healthcare* 11, (879). <https://doi.org/10.3390/healthcare11060879>
- Bardhan, R. & Byrd, T. (2023). Psychosocial Work Stress and Occupational Stressors in Emergency Medical Services. *Healthcare*, 11 (976). doi: 10.3390/healthcare11070976
- Bazuin, D. & Cardon, K. (2011). Creating Healing Intensive Care Unit Environments Physical and Psychological Considerations in Designing Critical Care Areas. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34 (4), pp. 259–267. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e31822b8f76
- Beauchamp, T. L. (2010). Standing on principles collected essays. Oxford University Press.
- Buetti, N., Marschall, J., Drees, M., Fakhri, M. G., Hadaway, L., Maragakis, L. L., Monsees, E., Novosad, S., O'Grady, N. P., Rupp, M. E., Wolf, J., Yokoe, D. & Mermel, L. A. (2022). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43, pp: 553-569. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.87>
- Bukoh, M. X. & Siah, C-J. R. A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *Journal of Nursing Management* 28, pp:744–755. <https://doi.org/10.1111/jonm.12936>
- Castro, C. M. & Botelho, M. A. (2017). A Experiência Viva da Pessoa Em Situação Crítica Internada Em Uma Unidade De Cuidados Intensivos. *Revista de*

- Enfermagem UFPE (online)* 11(9), pp: 3386-3394. DOI: 10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201709
- Considine, J., Eastwood, K., Webster, H., Smyth, M., Nation, K., Greif, R., Dainty, K., Finn, J. & Bray, J. (2022). Family presence during adult resuscitation from cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*. 180, pp:11-23. doi: 10.1016/j.resuscitation.2022.08.021
- Correia, M. C. & Santiago, M. D. (2012). The Reflective Practice and Development of Competence of Nursing Students Caring for Critical Care Patients. *Revista de Enfermagem UFPE (online)*, 6 (5), 1069-1076. DOI: 10.5205/reuol.2450-19397-1-LE.0605201215
- Decreto-Lei n.º 34/2012 do Ministério da Saúde. (2012). *Diário da República, I Série, N.º 32*, pp: 748-750. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/07/04-Decreto-Lei-34-2012-de-14-de-fevereiro.pdf>
- Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República, II Série, N.º 79*, pp: 11.23-11124. Consultado em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República, II Série, N.º 102*, pp: 13550 – 13553. Consultado em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). *Diário da República, II Série, N.º 187*, pp: 96 – 103. Consultado em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Diaz-Navarro, C., Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S. & Szyld, D. (2021). Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 40, 4-8. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Manual de operacionalização do PNCIACS*. Consultado em: https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/manual_de_operacionalizacao_do_pnciacs.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 029/2012: *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. Consultado em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma 001/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Consultado em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Consultado em: https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Norma Clínica 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*.
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Norma Clínica 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*.
- Franco, H., Caldeira, S. & Nunes, L. (2021). Dignity in nursing: A synthesis review of concept analysis studies. *Nursing Ethics*, 28(5), pp: 734–749. <https://doi.org/10.1177/0969733020961822>
- Gadea-Company, P., Angulo, C. C. & Navarro, C. H. (2023). Impact of the implementation of Identification-Situation-Background-Assessment-Recommendation (ISBAR) tool to improve quality and safety measure in a lithotripsy and endourological unit. *PLoS ONE* 18(6): e0286565. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286565>
- Gozubuyuk, A. A., Dag, H., Kacar, A., Karakurt, Y. & Arica, V. (2017). Epidemiology, pathophysiology, clinical evaluation, and treatment of carbon monoxide poisoning in child, infant, and fetus. *Northern Clinics of Istanbul*, 4 (1), pp: 100-107. doi: 10.14744/nci.2017.49368.
- Green, A. A. & Kinchen, E. V. (2021). The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 39 (4), pp:356-368. doi: 10.1177/08980101211015818.
- Haddeland, K., Marthinsen, G. N., Söderhamn, U., Flateland, S. M. & Moi, E. M. (2022). Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. *Intensive & Critical Care Nursing* 70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103195>

- Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of advanced nursing*, 76(11), 2909–2920. doi.org/10.1111/jan.14524
- Hou, Y-H., Lu, L-J., Lee, P-H & Chang, I-C. (2019). Positive Impacts of Electronic hand-off systems designs on Nurses' communication effectiveness. *Journal of Nursing Management* 27, pp: 1055–1063. <https://doi.org/10.1111/jonm.12774>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012a). Manual TAS/TAT: Abordagem à Vítima. Lisboa: INEM, versão 2.0 1ªedição. ISBN 978-989-8646-12-5 Consultado em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012b). Manual TAS: Situação de Exceção. Lisboa: INEM, versão 3.0 1ªedição. ISBN 978-989-8646-08-8. Consultado em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Manual Sistema Integrado de Emergência Médica*. Lisboa: INEM, versão 2.0 1ªedição. Consultado em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024). *O INEM*. [Em linha]. [consult. 25 janeiro 2024]. Disponível em: <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>
- INESC-TEC. (2018). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde*.
- Joint Commission International. (2018). *Communicating Clearly and Effectively to Patients: How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care*. Consultado em: [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf)
- La Torre, G., Leggieri, P.F., Cocchiara, R.A., Dorelli, B., Mannocci, A., Sernia, S. & Guerra, F. (2022). Mindfulness as a tool for reducing stress in healthcare professionals: An umbrella review. *Work*, 73 (3), pp:819-829. doi: 10.3233/WOR-210504
- Latour, J. M., Kentish-Barnes, N., Jacques, T., Wysocki, M., Azoulay, E. & Metaxa, V. (2022). Improving the Intensive Care Experience From the Perspectives Of

- Different Stakeholders. *Critical Care*, 26 (218). <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04094-x>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). *Diário da República, I Série*, N.º 181, pp: 8059-8105. Consultado em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F. & Gouveia, M. J. (2022). A Tomada De Decisão Na Gestão De Cuidados Em Enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Malta, H., Alves, N., Graça, P., Conde, T. & Costa, T. (2018). A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente no Pré-Hospitalar e na Sala de Emergência: Uma Revisão Integrativa. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 29, 74-96. Consultado em: <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/384/399>
- Mardis, M., Davis, J., Benningfield, B., Elliot, C., Youngstrom, M., Nelson, B., Justice, E. M. & Riesenber, L. (2015). Shift-to-Shift Handoff Effects on Patient Safety and Outcomes: A Systematic Review. *American Journal of Medical Quality*, p: 1–9. DOI: 10.1177/1062860615612923
- Ministério da Saúde. (2015). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Consultado em: <https://ds3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Millenium*, 2 (nº5), pp: 147-152. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Müller M., Jürgens J., Redaelli M., Klingberg, K., Hautz, W. E. & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 8: e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202
- Olgers, T. J., Dijkstra, R. S., Drost-de Klerck, A. M. & Maaten, J. C. (2017). The ABCDE primary assessment in the emergency department in medically ill patients: an observational pilot study. *The Netherlands Journal of Medicine*, 75 (3). <https://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=1828>
- Oliveira, A. L., Cruz, F., Coelho, M. A., & Cunha, M. (2022). Estratégias de comunicação facilitadoras das intervenções de Enfermagem Holística

- administradas à pessoa submetida a ventilação mecânica. *Servir*, 2(02).
<https://doi.org/10.48492/servir0202.25880>
- Oliveira, C., Nobre, C. F., Marques, R. M., Mendes, M. M. & Sousa, P. C. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção do *delirium* no paciente adulto/idoso crítico. *Revista Cuidarte*, 13(1): e1983. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1983>
- Oliveira, L. M. & Queirós, P. J. (2015). Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Nurse Competence Scale (Ncs) para a População Portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, 77-89.
https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACA_O_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PORTUGUESA
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Genebra: OMS. Consultado em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Global report on infection prevention and control*. Genebra: OMS. ISBN 978-92-4-005116-4 (electronic version). Consultado em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354489/9789240051164-eng.pdf?sequence=1>
- Padilha, K. G., Sousa, R. M., Miyadahira, A. M., Cruz, D. A., Vattimo, M. F., Kimura, M., Grossi, S. A., Silva, M. C., Cruz, V. F. & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39 (2), pp:229-33. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*.

- Consultado em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Pakcheshm, B., Bagheri, I. & Kalani, Z. (2020). The impact of using “ISBAR” standard checklist on nursing clinical handoff in coronary care units. *Nursing Practice Today*, 7(4), p: 266-274. <https://doi.org/10.18502/npt.v7i4.4036>
- Passos, S. S., Silva, J. O., Santana, V. S., Santos, V. M., Pereira, A. & Santos, L. M. (2015). O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem*, 23(3) pp: 368-374. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.6259>
- Regulamento N.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série, N.º 26*, pp.4744-4750. Consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- 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, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série, N.º 135*, pp. 19359-19370. Consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- Riegel, F., Crossetti, M. D., Martini, J. G. & Nes, A. A. (2021). A teoria de Florence Nightingale e suas contribuições para o pensamento crítico holístico na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>
- Ribeiro, O., Martins, M. M. & Tronchin, M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência IV* (14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Rubert, R., Long, L. D. & Hutchinson, M. L. (2007). Creating a Healing Environment in the ICU. *Critical Care Nursing*, 1(3), pp: 27–39. https://samples.jblearning.com/0763738638/38638_ch03_027_040.pdf
- Scott, T., & Foster, T. (2013). Assessing carbon monoxide poisoning. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 20, (10), pp: 14–19. <https://doi.org/10.7748/en2013.03.20.10.14.e1156>

- Serra, D. M. P., Costa, I. A., Godinho, S. F. F., Henriques, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, (30), 317-337. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>
- Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. L. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). *New Trends in Qualitative Research*, 13, e721-e721.
- Silva, D. S., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Rocha, F. L. & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16 (1), 211-219. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>.
- Silva, R. M., Luz, M. D., Fernandes, J. D., Silva, L. S., Cordeiro, A. L. & Mota, L. S. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (16), 147-154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>
- Silva, T. R., Felex, M. & Saccomann, I. C. (2021). Práticas de liderança em enfermagem: avaliação dos gestores e da equipe liderada. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 23(3/4) pp:90-96. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2021v23i3/4a5>
- Siqueira, C. P., Silva, H. S., Cypriano, L. B., Figueredo, L. N., Almeida, L. F. & Marins, A. L. Communication tools among professionals in intensive care: An integrative review. *Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences* 21(1), p: 75-82. DOI:10.12957/bjhbs.2022.68188.
- Soares, J. R., Martin, A. R., Rabelo, J. F., Barreto, M. S. & Marcon, S. S. (2016). Presença da família durante o atendimento emergencial: percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan* 16 (2), pp: 193-204. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.7
- Thim, T., Krarup, N. H., Grove, E. L., Rohde, C. V. & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5, pp: 117–121. <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S28478>
- Vardanjani, A. E., Golitaleb, M., Abdi, K., Kia, M. K., Moayedi, S., Torres, M., Dehghan-Nayeri, N. (2021). The Effect of Family Presence During Resuscitation

- and Invasive Procedures on Patients and Families: An Umbrella Review. *Journal of Emergency Nursing* 47 (5), pp: 752-760. doi: 10.1016/j.jen.2021.04.007.
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência* (3ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 9789725405659
- Wexler, T. M. & Schellinger, J. (2023). Mindfulness-Based Stress Reduction for Nurses: An Integrative Review. *Journal of Holistic Nursing*, 41 (1), pp:40-59. doi: 10.1177/08980101221079472
- Wibrandt, I. & Lippert, A. (2017). Improving Patient Safety in Handover From Intensive Care Unit to General Ward: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000266

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Proposta de ferramenta de apoio à transição de cuidados:
técnica ISBAR**



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)

UC: Estágio Final e Relatório

Proposta de Ferramenta de Apoio à Transição de Cuidados: Técnica ISBAR

Estudante: Márcia Daniela Ribeiro Pêra

Sob orientação de: Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, outubro de 2023

Índice

1.	Introdução	75
2.	Enquadramento da Temática	77
3.	Ferramenta de Apoio à Transição de Cuidados	79
4.	Conclusão	85
5.	Referência Bibliográficas.....	87

1. Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa, no ano letivo 2023/2024, sob a orientação da Profª Doutora Amélia Ferreira e tutoria da Enfermeira Especialista do contexto de estágio, realizou-se o presente trabalho, com base numa oportunidade de melhoria encontrada na unidade de cuidados intensivos (UCI) onde se desenvolve o estágio, como contributo para a qualidade e segurança nos cuidados prestados.

A evolução da saúde em Portugal contribuiu para o incremento da complexidade da prestação de cuidados e instalação de ambientes tecnológicos na prática clínica, o que concorre para a ocorrência de incidentes de segurança como realidade dos sistemas de saúde modernos. O reconhecimento nacional da necessidade de implementação de estratégias que minimizem os incidentes nos cuidados de saúde resulta no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), que apresenta a comunicação como um dos pilares fundamentais para a consolidação e evolução da segurança dos cuidados. O PNSD 2021-2026 ressalva que a comunicação efetiva é essencial em toda a prestação de cuidados, contudo dá especial atenção aos momentos de transição de cuidados. Assim, prevê como objetivo estratégico a melhoria da comunicação e segurança no processo de transição de cuidados através do “desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 100).

A UCI é uma área dos cuidados altamente complexa que acolhe a pessoa em situação crítica, com necessidade de monitorização e suporte das funções vitais, em situações de risco de vida que exigem do enfermeiro, não só conhecimentos avançados, mas também atenção especializada. Desta forma, a comunicação deve ser precisa e compreensível a todos os envolvidos nos cuidados à pessoa em situação crítica, e deve ser evitada a perda de informação em qualquer momento na prestação de cuidados e durante a transição de cuidados (Siqueira *et al.*, 2022).

Tendo em consideração a importância da comunicação na transição de cuidados e por apresentar-se como uma necessidade do serviço onde decorre o estágio, desenvolveu-se uma ferramenta de apoio à transição de cuidados, cujo objetivo é promover a segurança dos cuidados e contribuir para a sistematização da informação essencial para a continuidade de cuidados de enfermagem.

A estrutura deste trabalho contempla quatro partes: a introdução, o enquadramento da temática, uma abordagem à técnica ISBAR e apresentação da ferramenta de apoio à transição de cuidados e, por fim, a conclusão. As referências bibliográficas seguem a norma American Psychological Association (7^a edição) como referência.

2. Enquadramento da Temática

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se à segurança dos cuidados como um conjunto de atividades organizadas que criam culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que, de forma consistente e sustentada, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, a probabilidade de erro e o impacto do dano na saúde da pessoa quando estes ocorrem (OMS, 2021). Nesse sentido, a OMS desafia as organizações e governos na criação de estratégias para a promoção da segurança dos cuidados de saúde. Em Portugal, o PNSD 2021-2026 reconhece a promoção da segurança como um esforço coordenado e persistente das instituições e profissionais numa lógica de melhoria contínua dos cuidados de saúde, sendo suportado por cinco pilares: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; práticas seguras em ambientes seguros.

Segundo o PNSD 2021-2026, a comunicação efetiva tem elevada relevância nos “momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 100). A Direção-Geral da Saúde (DGS) clarifica que a transição de cuidados de saúde engloba todos os momentos em que se verifique a transferência da responsabilidade dos cuidados e de informação entre profissionais de saúde, com o objetivo de assegurar a continuidade e segurança dos mesmos (DGS, 2017).

A transição de cuidados é qualificada como uma situação complexa, vulnerável e crítica que comporta riscos para a segurança da pessoa, como o risco de perda de informação devido a comunicação inadequada (Wibrandt & Lippert, 2017). A Joint Commission International (JCI) revela que a comunicação inadequada na transição de cuidados é um fator detetado em 80% de todos os eventos adversos, onde se incluem erros cirúrgicos como local a intervencionar errado, procedimento cirúrgico errado ou pessoa errada, atrasos no tratamento, erros de medicação e quedas (JCI, 2018). Em contrapartida, Mardis *et al.* (2015) ressalva que a transição de cuidados estruturada e padronizada tem efeitos positivos na segurança da pessoa, nomeadamente na redução da taxa de quedas, redução do tempo de

internamento e mortalidade e redução das chamadas da equipa de emergência interna.

3. Ferramenta de Apoio à Transição de Cuidados

Os momentos de transição de cuidados são frequentes nos cuidados de saúde, não só entre enfermeiros, mas também entre a equipa multidisciplinar. São momentos que exigem a manutenção da comunicação eficaz, que se caracteriza por ser “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (DGS, 2017). Tendo em conta a diferenciação da UCI, na qual são prestados cuidados à pessoa em falência orgânica com necessidade de monitorização e suporte das funções vitais, ao enfermeiro é exigido rigor no desempenho das suas funções, da qual faz parte a comunicação eficiente. Assim, a uniformização da comunicação entre equipa é um instrumento efetivo para a garantia da segurança no que se refere à prestação de cuidados.

Siqueira *et al.* (2022) constata que é importante a organização da equipa e a implementação de um instrumento objetivo com a informação pertinente para a transição de cuidados. O recurso a instrumentos de transição de cuidados reduz o número de complicações associadas à pessoa que recebe cuidados, erros de medicação e eventos adversos no geral (Bukoh & Siah, 2019). Uma ferramenta de comunicação estruturada promove a efetividade da comunicação, reduz os eventos adversos, promove a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados, além de aumentar a confiança do profissional de saúde e mitigar a perda de informação crítica (Pakcheshm *et al.*, 2020).

A DGS (2017) preconiza a utilização da técnica ISBAR na transição de cuidados, em que o I corresponde à Identificação, o S à Situação atual, o B aos Antecedentes, o A à Avaliação e o R às Recomendações.

Identificação	Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.
Situação atual	Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde
Antecedentes	Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade

Avaliação	Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas
Recomendações	Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

A técnica ISBAR foi desenvolvida pela Marinha dos Estados Unidos da América para assegurar uma comunicação clara e precisa entre os submarinos nucleares e, mais tarde, foi adotada pelos serviços de saúde pública (Haddeland *et al.*, 2022). A estrutura clara da técnica ISBAR permite a organização lógica das informações pertinentes a transmitir, facilita a preparação do processo de comunicação e, dado que o emissor e o recetor partilham o mesmo modelo mental, a compreensão e a atenção estão em níveis mais elevados, além disso é uma técnica de comunicação que promove a segurança dos cuidados e é uma boa prática da comunicação em situações críticas (Müller *et al.*, 2018).

O estudo realizado por Gadea-Company *et al.* (2023), para avaliar a implementação da técnica ISBAR como ferramenta de comunicação num serviço hospitalar, demonstrou que o recurso a esta técnica reduz a severidade dos riscos encontrados e a ocorrência de eventos adversos, pelo facto de os erros serem detetados e corrigidos atempadamente. Hou *et al.* (2019) identificaram que sistemas informáticos com a técnica ISBAR promovem uma transição de cuidados efetiva entre enfermeiros com contributos para a prevenção de eventos adversos. O uso da técnica ISBAR proporciona aos enfermeiros um sentido de previsibilidade e segurança (Haddeland *et al.*, 2022).

Na UCI onde decorre o estágio, a transição de cuidados é realizada em dois momentos. O primeiro momento diz respeito ao *briefing* realizado pelo enfermeiro coordenador do turno que está a terminar direcionado aos enfermeiros e enfermeiro coordenador do turno que irá iniciar-se. Este *briefing* contempla a transmissão de informação de todas as pessoas internadas na unidade com o intuito de permitir à equipa, que ficará responsável pelos seus cuidados, uma visão global do estado de saúde e plano de cuidados de cada pessoa. Atualmente, o enfermeiro coordenador

recorre a uma ferramenta de apoio em formato de papel, cuja atualização é efetuada, manualmente, a todos os turnos. O processo de atualização é demorado, acarreta riscos inerentes às várias caligrafias e descentra a atenção dos enfermeiros dos cuidados, tanto o enfermeiro coordenador como os vários enfermeiros, dada a necessidade de fornecer informações sobre a pessoa ao seu cuidado.

Em debate com a Enfermeira Tutora foi proposto o desafio de construir uma ferramenta de apoio à transição de cuidados que permitisse maior segurança na comunicação e que a sua atualização fosse um momento mais célere. Desta forma, com recurso à técnica ISBAR e com o apoio da Enfermeira Tutora no que seria mais facilitador para os enfermeiros coordenadores do serviço, foi construída a uma ferramenta de apoio à transição de cuidados em formato digital (Figura 1), que permite a sua atualização constante sem perda de informação. Além disso, foi projetada uma ferramenta ISBAR individual em formato digital (Figura 2), com o intuito de ser preenchida no momento de admissão da pessoa na unidade e constantemente atualizada, de forma que a informação seja a mais atual e esteja disponível na pasta partilhada do serviço. Assim, tanto o enfermeiro responsável pelos cuidados diretos à pessoa como o enfermeiro coordenador obtêm a informação completa e correta, em tempo útil.

IDENTIFICAÇÃO		SITUAÇÃO		BACKGROUND/ANTECEDENTES		AVALIAÇÃO		RECOMENDAÇÕES/PLANO	
CAMA	1	DIAGNÓSTICOS/PROBLEMAS				A (VIA AÉREA)	VA PATENTE VMI: TOT/TQ		
PROCESSO						B (RESPIRAÇÃO)	VNI/ONAF/ VM/CN; FIO2 TOSSÉ/STB		
NOME						C (CIRCULAÇÃO)	TA; FC; Aminas;TPC; LACT; BH;		
						D (DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA)	S/A/C RASS/GCS BPS/END		
			ALERGIAS	INFEÇÕES				MCDT	
IDADE		ADMISSÃO/DIAS				E (EXPOSIÇÃO)	T (°C), PELE, DRENOS		
CONTACTOS						OUTROS	Nutrição, TI		

Figura 1. Ferramenta de apoio à transição de cuidados para o Enfermeiro Coordenador

I	CAMA	PROCESSO	IDADE	NOME	CONTACTOS
	S				
DATA DE ADMISSÃO/DIAS					
B	ANTECEDENTES				
	ALERGIAS				
	INFEÇÕES				
A	A (VIA AÉREA)	VA PATENTE VMI: TOT/TQ			
	B (RESPIRAÇÃO)	VNI/ONAF /VM/CN FiO2 TOSSE/STB			
A	C (CIRCULAÇÃO)	TA; FC; Aminas; TPC; LACT BH; TSR			
	D (DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA)	S/A/C RASS/GCS BPS/END Glicose Insulina			
R	E (EXPOSIÇÃO)	T (°C) PELE DRENOS			
	OUTROS	Nutrição; TI			
R	PLANO				
	MCDT				

Figura 2. Ferramenta ISBAR individual

Ambas as ferramentas contemplam os seguintes campos para preenchimento:

- Identificação: número da cama, número do processo clínico, nome, idade e contactos preferenciais (familiares).
- Situação: diagnósticos e problemas encontrados, data de admissão e dias de internamento.
- Antecedentes: antecedentes pessoais, história clínica, alergias conhecidas e infeções detetadas.
- Avaliação: informações sobre o estado de saúde do doente e terapêutica instituída, segundo a metodologia ABCDE.
 - A (Via aérea) – via aérea patente ou presença de tubo orotraqueal/traqueostomia.
 - B (Respiração) – ventilação espontânea ou recurso a ventilação não invasiva, oxigénio de alto fluxo, máscara de Venturi, cânula nasal, indicação da fração inspirada de oxigénio; limpeza das vias aéreas e características da tosse e secreções.

- C (Circulação) – status hemodinâmico, administração de terapêutica vasopressora e antiarrítmica; débito urinário e recurso a técnica de substituição renal.
 - D (Disfunção neurológica) – monitorização da consciência, sedação e dor; monitorização da glicemia.
 - E (Exposição) – monitorização da temperatura corporal; integridade da pele; presença de drenos.
 - Outros – alimentação entérica ou parentérica; eliminação intestinal; outras informações relevantes.
- Recomendações: plano terapêutico e meios complementares de diagnóstico e terapêutica a realizar.

4. Conclusão

A ocorrência de dano devido a cuidados inseguros é um desafio de saúde pública em crescendo e uma das principais causas de morte e invalidez no mundo (OMS, 2021). Assim, a segurança dos cuidados deve ser considerada prioritária nas instituições governamentais e de cuidados de saúde. Para tal devem ser delineados objetivos estratégicos que promovam culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes dos cuidados de saúde que minimizem os riscos e mitiguem o dano causado.

A comunicação efetiva é um pilar do PNSD 2021-2026 que preconiza o desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, com o objetivo de maximizar a qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente na transição e transferência na prestação de cuidados.

O recurso a ferramentas de comunicação permite estruturar, de forma lógica e simples, a informação a transmitir, sendo esta clara e precisa, além de minimizar o risco de perda de informação na transição de cuidados. Desta forma, o presente trabalho culminou no desenvolvimento de uma ferramenta de apoio à transição de cuidados com o intuito de promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados na UCI onde decorre o estágio e de otimizar o momento da transição de cuidados.

A realização do presente trabalho permitiu a concretização de um dos objetivos para este estágio, *gerir os cuidados especializados em articulação com a equipa de saúde*, cuja participação na transição de cuidados com o recurso à técnica ISBAR e a transmissão de informação de forma a garantir a continuidade dos cuidados eram atividades integrantes do mesmo. Assim foi possível adquirir competências no domínio da gestão de cuidados pela otimização da informação para a tomada de decisão. Também permitiu o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, pela identificação de oportunidades de melhoria e implementação de estratégias de melhoria. Dado que o intuito da ferramenta apresentada é a garantia de uma comunicação eficiente com implicação na segurança dos cuidados, foi possível adquirir competências na garantia de ambientes seguros. Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens

profissionais, adquirir a competência “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749) pela investigação efetuada para o desenvolvimento da ferramenta de apoio à transição de cuidados e formulação e implementação de procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Em suma, a realização deste trabalho promoveu a visão crítica das necessidades da prática inerente ao enfermeiro especialista e fomentou a consciencialização do papel do enfermeiro especialista como agente da mudança e promotor da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

5. Referência Bibliográficas

- Bukoh, M. X. & Siah, C-J. R. A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *Journal of Nursing Management* 28, p:744–755. <https://doi.org/10.1111/jonm.12936>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). *Diário da República, II série, nº 187*, pp: 96-103. Consultado em: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Consultado em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Gadea-Company, P., Angulo, C. C. & Navarro, C. H. (2023). Impact of the implementation of Identification-Situation-Background-Assessment-Recommendation (ISBAR) tool to improve quality and safety measure in a lithotripsy and endourological unit. *PLoS ONE* 18(6): e0286565. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286565>
- Haddeland, K., Marthinsen, G. N., Söderhamn, U., Flateland, S. M. & Moi, E. M. (2022). Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. *Intensive & Critical Care Nursing* 70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103195>
- Hou, Y-H., Lu, L-J., Lee, P-H & Chang, I-C. (2019). Positive Impacts of Electronic hand-off systems designs on Nurses' communication effectiveness. *Journal of Nursing Management* 27, p: 1055–1063. <https://doi.org/10.1111/jonm.12774>
- Joint Commission International. (2018). *Communicating Clearly and Effectively to Patients: How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care*. Consultado em: [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf)
- Mardis, M., Davis, J., Benningfield, B., Elliot, C., Youngstrom, M., Nelson, B., Justice, E. M. & Riesenber, L. (2015). Shift-to-Shift Handoff Effects on Patient

- Safety and Outcomes: A Systematic Review. *American Journal of Medical Quality*, p: 1–9. DOI: 10.1177/1062860615612923
- Müller M., Jürgens J., Redaelli M., Klingberg, K., Hautz, W. E. & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 8: e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202
- Organização Mundial da Saúde. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. ISBN 978-92-4-003270-5 Consultado em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
- Pakcheshm, B., Bagheri, I. & Kalani, Z. (2020). The impact of using “ISBAR” standard checklist on nursing clinical handoff in coronary care units. *Nursing Practice Today*, 7(4), p: 266-274. <https://doi.org/10.18502/npt.v7i4.4036>
- Regulamento N° 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série, N.º 26, 4744-4750. Consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Siqueira, C. P., Silva, H. S., Cypriano, L. B., Figueredo, L. N., Almeida, L. F. & Marins, A. L. Communication tools among professionals in intensive care: An integrative review. *Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences* 21(1), p: 75-82. DOI:10.12957/bjhbs.2022.68188
- Wibrandt, I. & Lippert, A. (2017). Improving Patient Safety in Handover From Intensive Care Unit to General Ward: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000266

**APÊNDICE II – Intervenções de Enfermagem na Gestão do Ambiente da
Unidade de Cuidados Intensivos: revisão integrativa da literatura**



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)

UC: Estágio Final e Relatório

Intervenções de Enfermagem na Gestão do Ambiente da Unidade de Cuidados Intensivos: revisão integrativa da literatura

Estudante: Márcia Daniela Ribeiro Pêra

Sob orientação de: Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, Janeiro de 2024

Índice

1.	Introdução	95
2.	Pertinência da Temática	97
3.	Metodologia.....	101
4.	Apresentação dos Resultados	103
5.	Discussão dos Resultados	109
6.	Conclusão	113
7.	Referência Bibliográficas.....	115

1. Introdução

No âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa, no ano letivo 2023/2024, sob a orientação da Profª Doutora Amélia Ferreira, realizou-se o presente trabalho, com base numa oportunidade de melhoria encontrada na unidade de cuidados intensivos (UCI), onde se desenvolveu o primeiro estágio do presente ano letivo, de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento de conhecimentos na área da especialização.

Os avanços tecnológicos e científicos causaram grande impacto na saúde das populações. Com o aumento da esperança média de vida verificou-se um incremento nas comorbilidades, o que muda o paradigma dos cuidados intensivos. A permanência mais prolongada da pessoa na UCI e as alterações nas *guidelines* da sedação e ventilação contribuem para o aumento de pessoas internadas acordadas e em ventilação espontânea.

Florence Nightingale reconhecia a importância do ambiente que envolve a pessoa e a contribuição do silêncio, da luz, do ar fresco, da limpeza e do calor no processo de cura. Porém, os hospitais comportam um *design* funcional para a prestação de cuidados, que resultam num ambiente pouco natural caracterizado pela falta de luz natural, poucas janelas, superfícies duras que potenciam o ruído e falta de decoração ligada à natureza (Minton & Batten, 2015). Tendo em conta as mudanças no estado de consciência das pessoas internadas na UCI e a perceção da mesma do meio envolvente, urge a necessidade de otimizar o ambiente da UCI de forma a potenciar o conforto e recuperação da pessoa em situação crítica.

Este trabalho consiste numa revisão integrativa da literatura em que a temática abordada é o ambiente da unidade de cuidados intensivos e tem como objetivo identificar as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente da UCI com impacto positivo no estado de saúde da pessoa em situação crítica.

A estrutura deste trabalho contempla seis capítulos: a introdução; a pertinência da temática; a metodologia onde é descrita a questão de investigação

e o diagrama PRISMA; a apresentação dos resultados com recurso à tabela de evidências; a discussão dos resultados e, por fim, a conclusão. As referências bibliográficas seguem a norma de referência da American Psychological Association (7ª edição).

2. Pertinência da Temática

O ambiente da UCI influencia a experiência e o processo de recuperação da pessoa em situação crítica e família. Já na era da Enfermagem Moderna, Florence Nightingale introduziu, no contexto dos cuidados, as cores, a luz, a música, os animais, o exercício e as flores como aspetos a serem enfatizados no ambiente favorável ao processo de cura, o que sustenta a premissa de que o ambiente influencia a saúde das pessoas (Riegel *et al.*, 2021). Assim, o *design* ideal da UCI cria um ambiente propício ao processo de recuperação, que humaniza os cuidados de saúde e minimiza os fatores ambientais que potenciam o stress das pessoas internadas nestas unidades e dos seus familiares (Saha *et al.*, 2022).

Na UCI, o ambiente é altamente tecnológico, com a presença constante de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, onde são prestados cuidados especializados a pessoas em risco de vida. Contudo, o próprio ambiente da UCI, dada a sua complexidade, por si só, pode causar dano à pessoa recetora dos cuidados de saúde (Andersson *et al.*, 2018).

O ambiente é caracterizado pelos sons, luz natural e artificial, cores, vista interior e para o exterior, cheiros, temperatura e demais elementos nele existentes. No que se refere ao som presente na UCI, em níveis e padrões adequados, permitem a manutenção dos parâmetros fisiológicos normais da pessoa internada, no entanto, o som excessivo, neste contexto denominado de ruído, está associado a perturbações do sono, a défices auditivos, a alterações do comportamento e ao *delirium* (Voigt *et al.*, 2017; Luetz *et al.*, 2019).

A definição de ruído compreende o som indesejável, incontrollável ou imprevisível, que comporta uma reação negativa (Dawson & Johansson, 2020). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que, em contexto hospitalar, os níveis de ruído não ultrapassem os 35 decibéis durante o dia e 30 decibéis durante a noite. Delaney *et al.* (2017) reportaram elevados níveis de ruído na UCI, consistentes com outros estudos, em que referem que o ruído do ambiente da UCI é 4,8 vezes mais alto, o que produz uma intensidade acústica 193 vezes superior à recomendação da OMS (Simons *et al.*, 2018; Dawson & Johansson, 2020). Desta forma, os elevados níveis de ruído ambiental e o elevado grau de variabilidade, em combinação com a frequência dos picos de

ruído identificados são suscetíveis de contribuir para a perturbação do sono (Delaney *et al.*, 2017; Simons *et al.*, 2018; Alegria *et al.*, 2023). Além disso, o ruído pode ativar o sistema nervoso autónomo e o sistema neuroendócrino, que se traduz no aumento do débito cardíaco, da pressão arterial, do metabolismo e da frequência respiratória e na diminuição da secreção digestiva (Dawson & Johansson, 2020).

As principais fontes de ruído na UCI são os alarmes dos monitores dos parâmetros fisiológicos, ventiladores, bombas perfusoras e conversas entre as pessoas internadas, profissionais de saúde e visitas. No estudo realizado por Darbyshire *et al.* (2019), onde procedeu ao mapeamento do ruído na UCI, foi possível verificar que o local com maior nível de ruído é efetivamente à cabeceira da pessoa internada, seguido da estação de trabalho de enfermagem e porta de acesso à unidade. Estes resultados são congruentes com as principais fontes de ruído, uma vez que o monitor de parâmetros fisiológicos, ventilador e bombas perfusoras encontram-se na zona da cabeceira para permitir à pessoa uma vista desimpedida ao seu redor e a maioria das conversações entre profissionais de saúde ocorrem à porta da unidade ou na estação de trabalho (Darbyshire *et al.* 2019).

As flutuações não fisiológicas da luz no ambiente da UCI podem afetar os ritmos circadianos, alterar a secreção de melatonina, perturbar os padrões de sono e a organização temporal e produzir baixo desempenho cognitivo (Voigt *et al.*, 2017; Luetz *et al.*, 2019). O processo de adormecer e acordar é gerido pelo ritmo circadiano, que responde primariamente à luz e à escuridão como modeladores dos processos fisiológicos, bioquímicos e comportamentais. Na pessoa internada na UCI existem alterações da pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, atividade motora e dos níveis de cortisol e melatonina associados ao uso de sedativos, no entanto sabe-se que a luz natural pode interferir na sincronização do núcleo supraquiasmático responsável pela regulação do ritmo circadiano (Castro *et al.*, 2011; Weiss *et al.*, 2016)

A literatura não é explícita relativamente à medida de luz mais adequada ao ambiente da UCI. Todavia, estudos ressaltam os benefícios da luz natural ao longo do período diurno, ou de luz artificial caso a luz natural seja insuficiente, e a manutenção de níveis mínimos de luz e promoção da escuridão durante a noite

para preservar o ritmo circadiano e reduzir a incidência do *delirium* (Voigt *et al.*, 2017).

O conceito de biofilia explica a afeção inata do ser humano pela natureza e que esta é essencial para o seu bem-estar diário. A natureza refere-se a vários elementos dentro do ambiente natural como plantas, animais, água, terra e ar, e ao conjunto destes elementos como paisagens, além de reconhecer a importância do ciclo dia/noite e da exposição à luz natural/solar (Minton & Batten, 2015). Em 1984, Ulrich demonstrou os benefícios da existência de uma janela com vista para a natureza no quarto de pessoas submetidas a colecistectomia, com resultados estatisticamente significativos incluindo tempo de hospitalização mais curto, menor recurso à analgesia e diminuição dos problemas emocionais na recuperação, assim denota-se que os benefícios da exposição à natureza são há muito reconhecidos pela literatura.

A incorporação da natureza no design dos hospitais tem sido notória, porém o design da UCI tem recebido pouca atenção neste sentido apesar de serem descritos na literatura os benefícios do contacto com a natureza na redução do stress (van Iperen *et al.*, 2023). Alguns estudos, apesar de não refletirem o ambiente da UCI, demonstram que a exposição à natureza promove a melhoria da função cognitiva, atividade cerebral, pressão arterial, saúde mental e sono (Jimenez *et al.*, 2021). E ainda, o contacto com vegetação no quotidiano apresentou resultados positivos, nomeadamente na melhoria da qualidade do ar inspirado, função cognitiva e conexão social (van Iperen *et al.*, 2023). Deste modo, um jardim pode proporcionar um ambiente pacífico, com acesso à luz natural, de forma a oferecer momentos de quietude longe do ruído característico da UCI.

Face ao exposto, com o intuito de nortear a presente revisão da literatura, definiu-se a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente da unidade de cuidados intensivos com impacto no estado de saúde da pessoa em situação crítica?”.

3. Metodologia

A estratégia utilizada na formulação da questão de investigação consistiu na mnemónica PICO, sendo que a População é a pessoa em situação crítica, a Intervenção é a gestão do ambiente, o Contexto é a unidade de cuidados intensivos e o *Outcome/Resultado* é a melhoria do estado de saúde da pessoa em situação crítica.

Para o desenvolvimento da revisão da literatura, procedeu-se à pesquisa através da EBSCO nas bases de dados, MEDLINE Complete e CINAHL, na plataforma B-on, Web Of Science, Scopus e Cochrane Library durante o mês de dezembro de 2023. Na pesquisa foram utilizados os seguintes descritores em saúde, termos DeCS: *Environment, Intensive care unit, Nursing interventions, Noise reduction, Sound, Light, Temperature, Humidity, Nature, Patient Comfort, Patient satisfaction, Patient-relevant outcomes*. Com o recurso aos descritores nomeados foi definida a seguinte frase booleana: “Environment AND Intensive care unit AND Nursing interventions AND Noise reduction OR Sound OR Light OR Temperature OR Humidity OR Nature AND Patient Comfort OR Patient satisfaction OR Patient-relevant outcomes”.

Os limitadores temporais utilizados abrangem publicações dos últimos cinco anos à data da pesquisa, neste caso de 2018 a 2023, inclusive. A pesquisa foi limitada aos idiomas português e inglês, disponibilidade do texto completo e análise pelos pares. Foram excluídos todos os artigos em contexto de cuidados intensivos pediátricos.

Da pesquisa resultaram 1694 artigos, dos quais, após aplicação dos limitadores, 358 estudos foram identificados como potencialmente relevantes. Destes foram retirados os duplicados (103 artigos) tendo sido efetuada a análise do título a 255 artigos. Posteriormente à leitura do título foram selecionados 59 artigos para análise do resumo, pelo que foram considerados elegíveis e extraídos para leitura integral do texto 30 artigos. Após leitura do texto integral foram excluídos 23 artigos por não responderem à questão de investigação. Por fim, 7 artigos foram incluídos na síntese qualitativa (Figura 1)

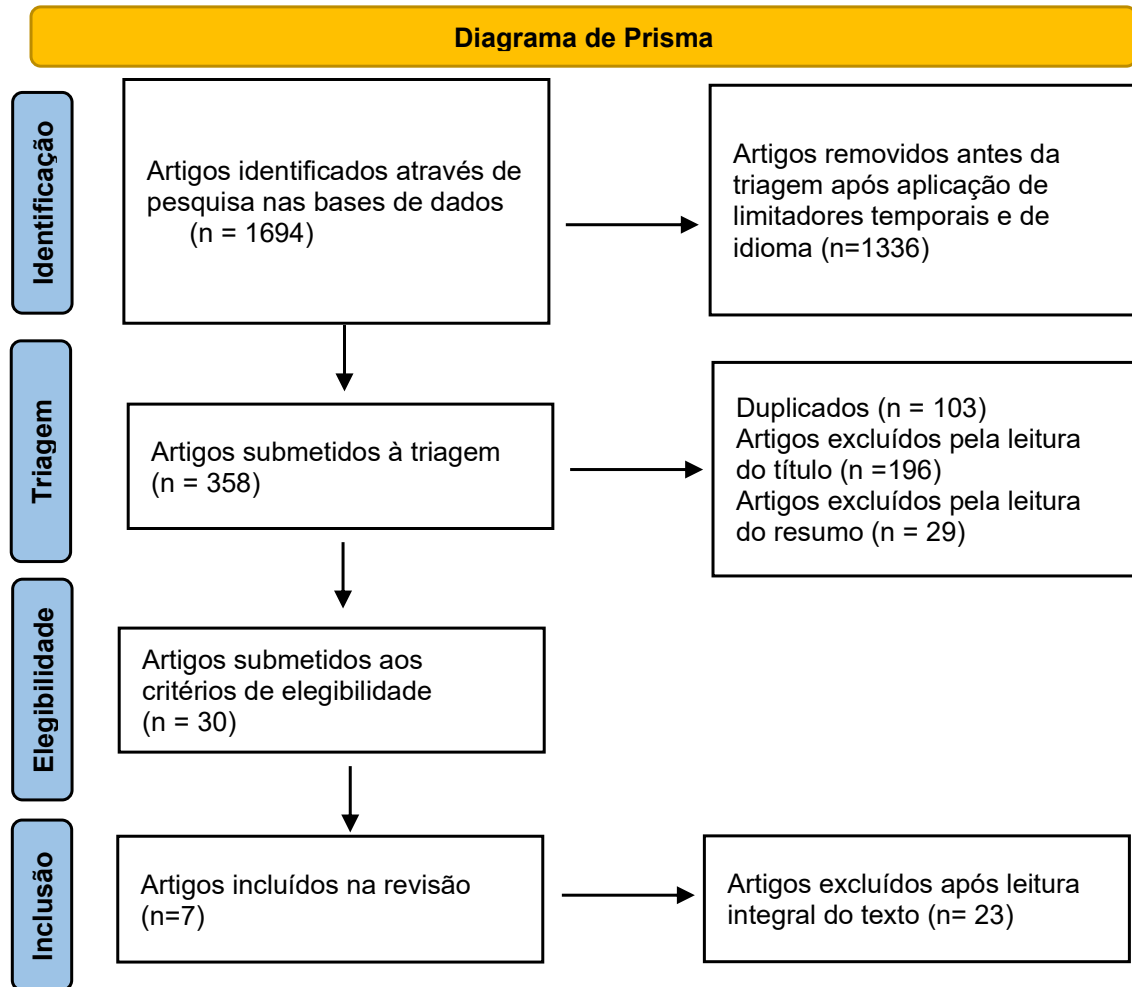


Figura 1: Diagrama de PRISMA. Adaptado de Page *et al.*, 2021.

4. Apresentação dos Resultados

No conjunto das bases de dados foram identificadas 7 publicações consideradas relevantes para a revisão da literatura. Os artigos selecionados reportam-se a estudos de investigação realizados na Turquia (n=3), França (n=1), Índia (n=1), Coreia (n=1) e Taiwan (n=1). Os dados resultantes da revisão foram organizados na Tabela 1, onde constam as evidências analisadas de acordo com os respetivos autores, ano de publicação, título do estudo, objetivo do estudo, metodologia, resultados que respondem à questão de investigação desta revisão e conclusões/implicações para a prática

Tabela 1: Caracterização dos 7 artigos incluídos na presente revisão da literatura.

Autor(es)/Ano/ Título	Objetivo	Metodologia	Resultados que respondem à questão de investigação	Conclusões/implicações clínicas
Chiu <i>et al.</i> , 2018. The impact of windows on the outcomes of medical intensive care unit patients	Investigar o efeito da presença de janelas nos resultados dos doentes internados numa UCI médica.	Estudo retrospectivo Amostra: 155 participantes em quartos sem janela 126 participantes em quartos com janela	Não foi encontrada associação entre a presença de janelas e a mortalidade na UCI. A presença de janelas está associada a menor tempo de permanência na UCI (4.8 dias no grupo que permaneceu nos quartos com janelas vs. 5,8 dias no grupo que permaneceu nos quartos sem janelas).	Outros estudos corroboram os resultados apresentados relativamente à associação da exposição à luz solar e a diminuição do tempo de internamento. Vários mecanismos podem explicar o impacto positivo da janela nos doentes internados na UCI, uma vez que estes doentes pela sua condição apresentam alterações do ritmo circadiano e a luz natural favorece a sua regulação.

<p>Smonig <i>et al.</i>, 2019.</p> <p>Impact of natural light exposure on delirium burden in adult patients receiving invasive mechanical ventilation in the ICU: a prospective study</p>	<p>Investigar o impacto da potencial exposição à luz natural através da janela no <i>delirium</i> em doentes sob ventilação mecânica na UCI em quarto individual.</p>	<p>Estudo observacional prospetivo</p> <p>Amostra: 195 participantes divididos pelo grupo da luz (n=110) e grupo do escuro (n=85).</p>	<p>Não há diferenças entre os grupos relativamente à incidência do <i>delirium</i>.</p> <p>No grupo da luz, a probabilidade de ser intervençionado com antipsicóticos devido a episódios de agitação foi menor quando comparada com o grupo do escuro. A presença de alucinações foi menos no primeiro grupo.</p> <p>A exposição à luz natural através das janelas foi independente associada a um risco reduzido de episódios de agitação intervieram com antipsicóticos.</p>	<p>Os resultados deste estudo demonstram os benefícios da exposição à luz natural na prevenção e tratamento do <i>delirium</i> hiperativo.</p> <p>A hipótese de que a exposição à luz natural reduz a agitação pode ser justificada pela regulação do ritmo circadiano e pela preservação da orientação espacial e temporal. Também podem estar envolvidas outras vias moduladoras da secreção de melatonina.</p>
<p>Chaudhary <i>et al.</i>, 2020</p> <p>Sleep Promotion among Critically Ill Patients: Earplugs /Eye Mask versus Ocean Sound—A Randomized Controlled Trial Study</p>	<p>Avaliar e comparar a efetividade do uso de “tampões auriculares e máscara ocular” versus “o som do oceano” na qualidade do sono entre os doentes na UCI.</p>	<p>Estudo experimental cruzado</p> <p>Amostra: 60 participantes divididos em dois grupos</p> <p>Intervenção: tampões auriculares e máscara ocular no período noturno versus o som do oceano durante 30 min durante o início do sono.</p>	<p>Os fatores perturbadores do sono relatados no estudo na UCI foram: dor (33,3%), ruído (31,7%), ansiedade (16,7%) e luz (3,3%).</p> <p>O recurso a tampões auriculares e máscara ocular e o som do oceano obtiveram resultados positivos na melhoria da qualidade do sono em ambos os grupos. A intervenção que preconizou o uso de tampões auriculares e máscara ocular foi considerada mais eficaz do que a intervenção que recorreu ao som do oceano entre ambos os grupos.</p>	<p>Outros estudos suportam os resultados deste estudo relativamente ao uso de tampões auriculares e máscara facial. O uso de máscara ocular diminui a intensidade da luz e cria escuridão, o que aumenta a secreção de melatonina, que promove o sono. Por outro lado, o uso de tampões auriculares diminui a percepção auditiva do ambiente. Também o mecanismo do ruído branco é reportado por outros estudos como promotor do sono, uma vez que inibe a estimulação do córtex cerebral durante o sono.</p>

<p>Koçak & Arslan, 2021.</p> <p>The Effect of Using Eye Masks and Earplugs on Intensive Care Patients Quality of Sleep and Vital Signs</p>	<p>Investigar o efeito do uso de tampões auriculares e máscara ocular na qualidade do sono e sinais vitais de doentes conscientes na UCI.</p>	<p>Estudo quasi-experimental, com desenho pré-teste-pós-teste com grupo de controlo.</p> <p>Amostra: 64 participantes, 32 no grupo experimental e 32 no grupo de controlo.</p>	<p>O grupo de controlo apresentou melhor qualidade de sono no pós-teste quando comparado ao pré-teste do grupo experimental e ao pós-teste do grupo de controlo.</p> <p>Os valores médios dos sinais vitais não apresentaram diferenças significativas em ambos os grupos, à exceção da frequência cardíaca do grupo experimental no pós-teste que foi significativamente menor do que a frequência cardíaca do mesmo grupo no pré-teste.</p>	<p>Os dados obtidos mostram que os tampões auriculares e a máscara ocular alteram a percepção dos participantes sobre o ambiente, o que facilita a sua adaptação e melhora a qualidade subjetiva do sono, resultados corroborados pela literatura. Relativamente à hipótese do impacto da intervenção nos sinais vitais, a mesma foi recusada. A razão pela qual os tampões auriculares e a máscara facial não causaram alterações nos sinais pode estar relacionada com a limitação da recolha de dados a apenas uma noite.</p>
<p>Lee <i>et al.</i>, 2021.</p> <p>Association of natural light exposure and delirium according to the presence or absence of windows in the intensive care unit</p>	<p>Investigar o efeito da exposição à luz natural através da janela na incidência do <i>delirium</i> em doentes internados na UCI em quarto individual.</p>	<p>Estudo de coorte retrospectivo.</p> <p>Amostra: 150 participantes, 67 no grupo dos quartos sem janela e 83 no grupo dos quartos com janela.</p>	<p>A incidência do <i>delirium</i> foi significativamente menor no grupo dos quartos com janela comparado com o grupo dos quartos sem janela (21,7% vs. 43,3%).</p> <p>Não há diferenças significativas nos dos grupos relativamente à duração do <i>delirium</i> e dos dias sem coma. O número de dias sem ventilação mecânica, dias de permanência na UCI e as taxas de mortalidade e mortalidade em 28 dias não diferiram entre os grupos.</p> <p>No grupo dos quartos com janela, a probabilidade de serem administrados antipsicóticos devido a episódios de agitação foi</p>	<p>Outros estudos sugerem várias explicações para os resultados obtidos, tais como: as intervenções que promovem a regulação do ritmo circadiano podem ter resultados positivos na diminuição da incidência de <i>delirium</i>; desorientação, perda de memória, alucinações e delírios são mais comuns nas unidades sem janelas em comparação com as unidades com janelas e luz natural; transtorno afetivo sazonal e várias doenças depressivas que demonstraram ser responsivas à fototerapia, o que também pode influenciar o desenvolvimento de</p>

			menor quando comparada com o grupo dos quartos sem janela. A admissão para um quarto com janela foi independente associada à diminuição do risco de <i>delirium</i> .	<i>delirium</i> ; a privação sensorial é um dos fatores de risco do <i>delirium</i> e a presença de janelas está associada à diminuição da ocorrência de <i>delirium</i> pós-operatório.
Çavuşoğlu & Akman Yılmaz, 2023. The Effect of Environmental Modifications on Preventing Delirium for the Elderly Patients in the Intensive Care Unit: A Nonrandomized Controlled Trial	Analisar o efeito das modificações ambientais na prevenção do <i>delirium</i> em doentes idosos na UCI.	Estudo quasi-experimental, não randomizado. Amostra: 60 participantes, 30 no grupo experimental e 30 no grupo de controlo. Intervenção: controlo do ruído; humidade do ambiente entre 30-60%; uso de óculos ou aparelhos auditivos; relógio e calendário visíveis; aplicação de lâmpada com projeção de luz brilhante (12h-14h).	Determinou-se que 56,7% dos participantes desenvolveram <i>delirium</i> . Quando analisada a frequência de desenvolvimento de <i>delirium</i> nos grupos controlo e experimental, observou-se que 86,7% dos participantes do grupo controlo e 26,7% dos pacientes do grupo experimental desenvolveram <i>delirium</i> . Assim, observa-se que o risco de desenvolver <i>delirium</i> foi 2,32 vezes maior no grupo controlo em comparação com o grupo experimental.	A importância das modificações ambientais como temperatura, luz e som como prevenção do <i>delirium</i> na UCI é enfatizada em alguns estudos. No estudo, apesar de tomadas as precauções necessárias, a média do nível de ruído o preconizado pela OMS. No entanto, à semelhança da literatura, a redução do ruído diminuiu o risco de <i>delirium</i> . O efeito da temperatura ambiente na incidência do <i>delirium</i> não foi analisada uma vez a mesma é controlada centralmente. A iluminação contínua na UCI provoca alterações no ciclo sono-vigília, em contrapartida a luz natural pode ajudar a regular o ritmo circadiano inato e promover a recuperação dos doentes.

<p>Kiliç & Kav, 2023.</p> <p>Effect of using eye masks and earplugs in preventing delirium in intensive care patients: A single-blinded, randomized, controlled trial</p>	<p>Investigar o efeito do uso de máscara ocular e tampões auriculares na prevenção do <i>delirium</i> em doentes idosos na UCI.</p>	<p>Estudo de experimental randomizado, controlado, single-blind.</p> <p>Amostra: 60 participantes, 30 no grupo experimental e 30 no grupo de controlo.</p>	<p>Houve uma diferença estatisticamente significativa no desenvolvimento do <i>delirium</i> entre os grupos experimental e de controlo no turno da noite no 2º dia e nos turnos diurno e noturno no 3º dia, onde observou-se a presença de <i>delirium</i> no grupo de controlo.</p> <p>O grupo experimental teve boa qualidade de sono nas três noites, enquanto o grupo de controlo teve qualidade de sono moderada.</p> <p>O uso de máscara ocular e tampões auriculares reduziram o nível de agitação.</p>	<p>A literatura reforça que o uso de máscara ocular e tampões auriculares durante 3 dias reduz o aparecimento de <i>delirium</i>. Esta intervenção no período noturno diminui a percepção do ruído do ambiente, o que também melhora a qualidade do sono. Quando intervenções não farmacológicas como modificações ambientais, orientação, mobilização e uso de máscara ocular e tampões auriculares são aplicadas em conjunto verifica-se a diminuição da agitação, a melhoria da qualidade do sono e a diminuição do desenvolvimento de <i>delirium</i>.</p>
--	---	--	--	--

5. Discussão dos Resultados

As intervenções que visam a gestão do ambiente têm impacto na saúde da pessoa internada na UCI, nomeadamente na qualidade do sono, conforto, tempo de internamento e incidência do *delirium*. O combate ao ruído e a exposição à luz natural são os temas mais visados nesta revisão como promotores de um ambiente saudável e ótimo para a recuperação da pessoa na UCI.

O uso de tampões auriculares e máscara ocular mostrou ser uma intervenção de baixo custo económico, fácil implementação e com resultados positivos na qualidade do sono (Chaudhary *et al.*, 2020; Koçak & Arslan, 2021). Esta intervenção quando comparada com o recurso ao som branco, nomeadamente o som do oceano, demonstrou ser mais eficaz na melhoria da qualidade do sono (Chaudhary *et al.*, 2020). Neste mesmo estudo a maioria dos participantes referiu ter distúrbios do sono, de entre os fatores encontravam-se descritos o ruído (31,7%) e a luz (3,3%). Tendo em conta que o uso de tampões auriculares permite a modificação da acústica ambiente pela diminuição do ruído e o uso a máscara ocular permite a manutenção da escuridão durante todo o período noturno, esta intervenção atua em dois fatores que os participantes consideraram prejudiciais ao seu sono, que se traduziu na otimização do mesmo. No estudo realizado por Koçak e Arslan (2021), os resultados foram similares, uma vez que o grupo experimental, sujeito ao uso de tampões auriculares e máscara ocular, obteve melhores resultados no que diz respeito à qualidade de sono quando comparado com o grupo de controlo. No mesmo estudo verificou-se que não havia alterações estatisticamente significativas dos sinais vitais nos dois grupos, o que pode ser justificado pelo facto de a intervenção ter durado apenas uma noite.

Na investigação realizada por Kiliç e Kav (2023) o uso de máscara ocular e tampões auriculares durante três dias reduziu o aparecimento do *delirium* e provou-se eficaz na prevenção do mesmo em pessoas internadas na UCI. Tal como os investigadores anteriormente referenciados demonstraram que esta intervenção promove a qualidade do sono pela diminuição dos fatores perturbadores, o mesmo reflete-se em relação ao *delirium* pela diminuição do

ruído e melhoria do sono. O mesmo estudo mostra que o uso de máscara ocular e tampões auriculares reduz significativamente o nível de agitação, avaliado pela escala de agitação e sedação de Richmond, e melhora o estado de consciência, avaliado pela escala de coma de Glasgow (Kiliç & Kav, 2023).

O *delirium* é um distúrbio do estado mental caracterizado pelo comprometimento das funções cognitivas, alteração da atenção, da atividade psicomotora e do ciclo sono-vigília. Os fatores de risco associados ao desenvolvimento de *delirium* na pessoa internada na UCI são a idade avançada, problemas fisiológicos e as condições ambientais. As intervenções que modificam as condições ambientais traduzem-se na redução da agitação e do *delirium* na pessoa internada na UCI (Smonig *et al.*, 2019; Lee *et al.*, 2021; Çavuşoğlu & Akman Yılmaz, 2023; Kiliç & Kav, 2023)

Um ensaio clínico desenvolvido na Turquia, com o intuito de analisar o efeito das modificações ambientais na prevenção do *delirium* em pessoas internadas na UCI, obteve resultados estatisticamente significativos, que demonstraram que o risco de desenvolver *delirium* foi 2,32 vezes maior no grupo controlo em comparação com o grupo experimental, que foi sujeito a intervenções como: controlo do ruído pela diminuição dos alarmes dos aparelhos médicos, falar em voz baixa durante a prestação cuidados e manter as conversações fora do ambiente do doente; manutenção da humidade do ambiente entre 30-60%; promoção do uso de óculos ou aparelhos auditivos; colocar o relógio e o calendário visíveis; aplicação de lâmpada com projeção de luz brilhante das 12h às 14h (Çavuşoğlu & Akman Yılmaz, 2023). Apesar de neste estudo ser aplicado um conjunto de intervenções e as mesmas não serem avaliadas independentemente, verifica-se que ambientes menos ruidosos, com objetos visíveis que promovem a orientação temporal e espacial e a manutenção do ciclo sono-vigília são fatores protetores para o desenvolvimento de *delirium*.

Nas pessoas internadas na UCI, o ritmo circadiano encontra-se, muitas vezes, desregulado devido a fatores relacionados com a doença e com o próprio ambiente envolvente, o que comporta implicações severas na qualidade do sono, desenvolvimento de *delirium* e recuperação da pessoa. Uma das principais causas para a desregulação do ritmo circadiano relacionada com o ambiente é a exposição à luz natural e artificial.

Nesta revisão, os resultados são consensuais relativamente à hipótese de que a exposição à luz natural acarreta benefícios para a pessoa internada na UCI. O estudo realizado por Smonig *et al.* (2019), que analisou o impacto da potencial exposição à luz natural através de uma janela no *delirium* em pessoas sob ventilação mecânica na UCI, não mostrou diferenças significativas relativamente à incidência do *delirium* entre o grupo que permaneceu num quarto com janela e o grupo do quarto sem janela. Contudo, demonstrou que a probabilidade de ser intervencionado com antipsicóticos devido a episódios de agitação e a presença de alucinações foram menores no grupo que permaneceu no quarto com janelas, o que é congruente com os resultados obtidos por Lee *et al.* (2021). Em contrapartida, Lee *et al.* (2021) apresentaram resultados que refletem que a incidência do *delirium* foi significativamente menor no grupo do quarto com janela comparado com o grupo do quarto sem janela (21,7% vs. 43,3%), apesar de não haver diferenças significativas nos dois grupos relativamente à duração do *delirium*, aos dias de internamento na UCI e às taxas de mortalidade e mortalidade em 28 dias.

No estudo realizado por Chi *et al.* (2018) que investiga o efeito da presença de janelas nos *outcomes* das pessoas internadas numa UCI médica, não foi encontrada associação entre a presença de janelas e a mortalidade, porém a presença de janelas está associada a menor tempo de permanência na UCI. O impacto positivo da presença de janelas nas UCI pode ser explicado pelo facto de a exposição à luz natural favorecer a regulação do ritmo circadiano e a preservação da orientação espacial e temporal.

6. Conclusão

A influência do ambiente nos cuidados de saúde e nos resultados em saúde da população não é uma temática recente, contudo o *design* dos hospitais prima pela praticidade e, por vezes, negligencia as implicações do mesmo na saúde. A literatura é exímia a demonstrar que o ambiente da UCI tem um papel de relevo no processo de recuperação da pessoa em situação crítica e em risco de vida.

As intervenções na gestão do ambiente da UCI podem ser estruturais e acarretam gastos financeiros e incapacidade temporária para o tratamento das pessoas, mas também podem ser realizadas intervenções de baixo custo económico, sem implicações estruturais e com largos benefícios na recuperação da pessoa internada na UCI.

As intervenções apresentadas neste trabalho visam a diminuição de fatores ambientais prejudiciais à pessoa internada na UCI, tais como o ruído e a presença de luz artificial/ausência de luz natural. O uso de tampões auriculares e máscaras oculares, o recurso a elementos de orientação temporal e espacial (como relógios, calendários) e a exposição à luz natural durante o dia e diminuição da luz artificial durante a noite apresentaram efeitos positivos na qualidade do sono, prevenção do *delirium* e diminuição dos dias de internamento na UCI.

No que concerne à incorporação de elementos naturais no contexto dos cuidados de saúde, Jimenez *et al.* (2021) evidenciam a associação entre a exposição à natureza e melhoria da função cognitiva, atividade cerebral, pressão arterial, saúde mental, atividade física e sono. No entanto, uma das limitações encontradas na realização desta revisão foi a falta de evidência científica relativa à exposição aos elementos naturais das pessoas internadas na UCI.

Existem várias iniciativas nas Unidades de Cuidados Intensivos que promovem o contacto com a natureza através da ida ao exterior, em que associam o ar fresco a efeitos positivos na saúde mental e, potencialmente, na saúde física pela exposição à luz solar (Blans & Strang, 2023). Outro exemplo é o espaço designado como “Balcony of Hope” da UCI do Hospital Universitário Virgen Macarena em Sevilha, que consiste numa área interior com uma televisão e uma ampla porta de vidro que comunica com o terraço exterior, que

permite a ida ao exterior das pessoas internadas nessa UCI (González-Caro *et al.*, 2023). Tendo em conta que estas iniciativas são recentes, ainda não foi possível a recolha de dados para a investigação dos seus benefícios.

A mudança do paradigma dos cuidados intensivos, em que se verifica que a maioria das pessoas internadas estão acordadas e despertas para o meio envolvente, é necessário otimizar o ambiente destas unidades com o objetivo de promover o conforto e bem-estar da pessoa, que se traduz numa melhoria do processo de recuperação. A importância desta temática requer a produção de mais conhecimento sobre o impacto da natureza e de elementos naturais no processo de recuperação da pessoa em situação crítica internada na UCI.

7. Referência Bibliográficas

- Alegria, L., Brockmann, P., Repetto, P., Leonard, D., Cadiz, R., Paredes, F., Rojas, I., Moya, A., Oviedo, V., Garcí'a, P. & Bakker, I. (2023). Improve sleep in critically ill patients: Study protocol for a randomized controlled trial for a multi-component intervention of environment control in the ICU. *PLoS ONE* 18 (5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286180>
- Andersson, M., Fridh, I. & Lindahl, B. (2018). Is it possible to feel at home in a patient room in an intensive care unit? Reflections on environmental aspects in technology-dense environments. *Nursing Inquiry*, 26 (4). doi: 10.1111/nin.12301.
- Blans, M. J. & Strang, A. (2023). Fresh air for intensive care patients in the Netherlands: an example to be followed? *Intensive Care Medicine*, 49 (11), pp: 1411-1412. doi: 10.1007/s00134-023-07212-7.
- Castro, R., Angus, D. C. & Rosengart, M. R. (2011). The effect of light on critical illness. *Critical Care*, 15 (2). doi: 10.1186/cc10000.
- Çavuşoğlu, A. & Akman Yılmaz, A. (2023). The Effect of Environmental Modifications on Preventing Delirium for the Elderly Patients in the Intensive Care Unit: A Non-randomized Controlled Trial. *European Journal Of Geriatrics And Gerontology*, 5 (2), pp: 108-115. DOI: 10.4274/ejgg.galenos.2023.2022-10-6
- Chaudhary, A., Kumari, V. & Neetu, N. (2020). Sleep Promotion among Critically Ill Patients: Earplugs /Eye Mask versus Ocean Sound—A Randomized Controlled Trial Study. *Critical Care Research and Practice*. <https://doi.org/10.1155/2020/8898172>
- Chiu, W. C., Chang, P. S., Hsieh, C. F., Chao, C. M. & Lai, C. C. (2018). The impact of windows on the outcomes of medical intensive care unit patients. *International Journal of Gerontology*, 12 (1), pp: 67-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2017.06.002>
- Darbyshire, J. L., Müller-Trapet, M., Cheer, J., Fazi, F. M. & Young, J. D. (2019). Mapping sources of noise in an intensive care unit. *Anaesthesia*, 74 (8), pp: 1018-1025. doi: 10.1111/anae.14690.
- Dawson, D. & Johansson, L. (2020). The Intensive Care Unit Environment: Impact and Prevention. In C. Boulanger & D. McWilliams (Eds.), *Passport to Successful*

- ICU Discharge* (pp: 117-133). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-38916-1>
- Delaney, L. J., Currie, M. J., Huang, H. C., Lopez, V., Litton, E. & Van Haren, F. (2017). The nocturnal acoustical intensity of the intensive care environment: an observational study. *Journal of Intensive Care*, 5 (41). doi: 10.1186/s40560-017-0237-9.
- González-Caro, D., Blázquez-Romero, V. & Garnacho-Montero, J. (2023) Balcony of Hope: a key element of new intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 49 (3), pp: 379-380. doi: 10.1007/s00134-022-06975-9.
- Jimenez M. P., Deville N. V., Elliott E. G., Schiff J. E., Wilt G. E., Hart J. E. & James, P. (2021) Associations between nature exposure and health: a review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4790). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094790>
- Kiliç, K. & Kav, S. (2023). Effect of using eye masks and earplugs in preventing delirium in intensive care patients: A single-blinded, randomized, controlled trial. *Nursing Critical Care*, 28, pp: 698–708. DOI: 10.1111/nicc.12901
- Koçak, A. T. & Arslan, S. (2021). The Effect of Using Eye Masks and Earplugs on Intensive Care Patients Quality of Sleep and Vital Signs. *Journal of Neuroscience Nursing*, 53 (1), pp: 29-33. doi: 10.1097/JNN.0000000000000562.
- Lee, H. J., Bae, E., Lee, H. Y., Lee, S. M. & Lee, J. (2021). Association of natural light exposure and delirium according to the presence or absence of windows in the intensive care unit. *Acute and Critical Care*, 36 (4), pp: 332-341. <https://doi.org/10.4266/acc.2021.00556>
- Luetz, A., Grunow, J. J., Mörgeli, R., Rosenthal, M., Weber-Carstens, S., Weiss, B. & Spies, C. (2019). Innovative ICU Solutions to Prevent and Reduce Delirium and Post-Intensive Care Unit Syndrome. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 40 (5), pp: 673-686. doi: 10.1055/s-0039-1698404.
- Minton, C. & Batten, L. (2015) Rethinking the intensive care environment: considering nature in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 25, pp: 269–277. <https://doi.org/10.1111/jocn.13069>
- Riegel, F., Crossetti, M. D., Martini, J. G. & Nes, A. A. (2021). Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (2). doi: 10.1590/0034-7167-2020-0139.

- Saha, S., Noble, H., Xyrichis, A., Hadfield, D., Best, T., Hopkins, P. & Rose, L. (2022) Mapping the impact of ICU design on patients, families and the ICU team: a scoping review. *Journal of Critical Care*, 61, pp: 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.07.002>
- Simons, K. S., Verweij, E., Lemmens, P. M., Jelfs, S., Park, M., Spronk, P. E., Sonneveld, J. P., Feijen, H. M., van der Steen, M. S., Kohlrausch, A. G., van den Boogaard, M. & de Jager, C. P. (2018). Noise in the intensive care unit and its influence on sleep quality: a multicenter observational study in Dutch intensive care units. *Critical Care*, 22 (1). doi: 10.1186/s13054-018-2182-y.
- Smonig, R., Magalhaes, E., Bouadma, L., Andremont, O., de Montmollin, E., Essardy, F., Mourvillier, B., Lebut, J., Dupuis, C., Neuville, M., Lermuzeaux, M., Timsit, J. F. & Sonnevile, R. (2019). Impact of natural light exposure on delirium burden in adult patients receiving invasive mechanical ventilation in the ICU: a prospective study. *Ann Intensive Care*, 9 (1), pp: 120. <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0592-x>
- Van Iperen, I. D., Maas, J. & Spronk, P. E. (2023). Greenery and outdoor facilities to improve the wellbeing of critically ill patients, their families and caregivers: things to consider. *Intensive Care Medicine*, 49, pp: 1229–1231. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07185-7>
- Voigt, L. P., Reynolds, K., Mehryar, M., Chan, W. S., Kostelecky, N., Pastores, S. M. & Halpern, N. A. (2017). Monitoring sound and light continuously in an intensive care unit patient room: A pilot study. *Journal of Critical Care*, 39, pp: 36-39. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.12.020.
- Weiss, B., Spies, C., Piazena, H., Penzel, T., Fietze, I. & Luetz, A. (2016) Exposure to light and darkness and its influence on physiological measures of intensive care unit patients-a systematic literature review. *Physiological Measurement*, 37 (9), pp: R73-87. doi: 10.1088/0967-3334/37/9/R73.

APÊNDICE III – *Mindfulness*: uma estratégia para reduzir o stress dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar



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)

UC: Estágio Final e Relatório

Mindfulness: uma estratégia para reduzir o stress dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar

Estudante: Márcia Daniela Ribeiro Pêra

Sob orientação de: Prof^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, dezembro de 2023

Índice

1. Introdução	125
2. Enquadramento da Temática	127
3. <i>Mindfulness</i> : uma estratégia para reduzir o <i>stress</i> dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar	129
3.1 Proposta de integração do <i>Mindfulness</i> na rotina dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar	131
4. Conclusão	135
5. Referência Bibliográficas.....	137

1. Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa, no ano letivo 2023/2024, sob a orientação da Profª Doutora Amélia Ferreira e tutoria da Enfermeira Especialista do contexto de estágio, realizou-se o presente trabalho, com o intuito de contribuir para a promoção da saúde dos profissionais da emergência extra-hospitalar, de forma a incrementar a segurança e qualidade dos cuidados.

A prática de enfermagem em emergência extra-hospitalar requer diversos conhecimentos, habilidades e competências, pois são a primeira ajuda em situações ameaçadoras das funções vitais. Os cuidados de enfermagem nesta vertente são altamente desafiantes pela imprevisibilidade do ambiente e condições de trabalho e recursos limitados, além da pressão para uma tomada de decisão rápida e eficaz. Deste modo, os enfermeiros da emergência extra-hospitalar enfrentam situações psicologicamente desgastantes e experiências traumáticas, que desencadeiam emoções forte e reações de *stress*. O ritmo acelerado da emergência extra-hospitalar, por vezes, limita o tempo de recuperação destas experiências negativas.

Tendo em consideração a importância do trabalho desempenhado pelos enfermeiros da emergência extra-hospitalar e o impacto que o bem-estar dos mesmos tem na prestação de cuidados, constitui-se como oportunidade de contributo para o local de estágio o desenvolvimento de um trabalho na temática do *mindfulness*, cujo objetivo é fornecer uma estratégia para reduzir o *stress* dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar.

A estrutura deste trabalho contempla quatro partes: a introdução, o enquadramento da temática, uma abordagem ao *mindfulness* como estratégia de redução do *stress* e, por fim, a conclusão. As referências bibliográficas seguem a norma de referência da American Psychological Association (7ª edição).

2. Enquadramento da Temática

Numa era de grandes exigências no panorama da saúde, as expectativas nos profissionais desta área são constantemente elevadas, o que impinge um ritmo de trabalho intenso, sempre com a necessidade de otimizar a qualidade os cuidados, mas com acrescido impacto negativo na saúde ocupacional destes profissionais. Vários estudos identificam o *stress* ocupacional como o maior contribuinte para a escassa saúde e bem-estar dos profissionais de saúde (La Torre *et al.*, 2022). Wexler & Schellinger (2023) reconhecem os enfermeiros como um grupo de risco e a grande probabilidade de os mesmos sofrerem física e psicologicamente devido ao *stress* ocupacional e a sua contribuição do mesmo para o incremento do *burnout*, absentismo e da rotatividade de empregos.

Os enfermeiros que desempenham funções nos departamentos de emergência são um grupo de profissionais de saúde especiais, dinâmicos, mas, simultaneamente, vulneráveis (Argyriadis *et al.*, 2023). Na emergência extra-hospitalar são consideradas várias as exigências físicas e emocionais no serviço à pessoa em sofrimento por doença súbita ou vítima de acidente em situação de ameaça de vida. Estes profissionais estão expostos a ambientes hostis e perigosos, repetidas situações traumáticas, esforço físico e elevada carga horária de trabalho. Ao enfermeiro é, ainda, patenteada a tomada de decisão nas várias emergências, sendo necessário operar de forma profissional, alerta e flexível em situações de ameaça de vida, e lidar com as constantes distrações e interrupções (Argyriadis *et al.*, 2023; Bardhan & Byrd, 2023). Os cuidados prestados pelos enfermeiros na emergência extra-hospitalar são altamente desafiantes, em ambientes imprevisíveis e adversos, com limitados recursos para uma intervenção imediata e de qualidade, da qual depende a vida da vítima, o que comporta o enfrentamento diário de situações psicologicamente desgastantes e experiências traumáticas, que desencadeiam emoções forte e reações de *stress*.

Na emergência extra-hospitalar o enfermeiro não só é responsável pela triagem, estabilização e transporte das vítimas, como também pelo apoio emocional da vítima, familiares e equipa que operacionaliza o socorro, o que caracteriza um ambiente de trabalho de alta pressão e emocionalmente pesado.

Esta linha de trabalho pode dar ao enfermeiro a sensação de gratificação durante a prestação de cuidados, mas também, de acordo com a literatura, pode gerar ansiedade, angústia, exaustão física e emocional resultante das experiências negativas e dos sentimentos de impotência e frustração perante os casos de não sucesso no socorro às vítimas (Almeida *et al.*, 2023).

A exposição diária aos desafios organizacionais, intervenções diagnósticas e terapêuticas e sofrimento das pessoas que requerem cuidados de enfermagem é determinante no desenvolvimento de um estado de mal físico e psicológico, associado à ansiedade, depressão e *burnout*, que impacta, negativamente, todo o sistema de saúde, devido a erros de medicação, aumento dos dias de internamento e escassa qualidade dos cuidados (La Torre *et al.*, 2022).

Na tentativa de minimizar os efeitos dos estilos de vida modernos são vários os métodos usados na promoção da saúde mental, sendo um deles o *mindfulness*. No início do século XXI, o recurso ao *mindfulness* incitou o interesse de áreas como a medicina, psicologia, política e educação. Em 1979, John Kabat-Zinn desenvolveu pela primeira vez um programa de redução de *stress* baseado no *mindfulness*, o *Mindfulness-Based Stress Reduction Program* (MBSR), que, com o crescente interesse neste programa, vários programas baseados no MBSR foram projetados para cultivar esta prática e integrá-la no quotidiano (Argyriadis *et al.*, 2023).

3. *Mindfulness*: uma estratégia para reduzir o *stress* dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar

Na filosofia budista oriental, o *mindfulness* era ensinado como um meio para aliviar o sofrimento humano e cultivar a compaixão. Assim, o *mindfulness* participa na promoção da saúde e bem-estar através da compreensão da interação entre a mente, corpo e emoções. Num desafio às normas sociais e culturais atuais, marcadas pela conclusão de tarefas e permanente ocupação do tempo a “fazer algo”, esta experiência está associada a estar presente no momento. Apesar de subjetivo, o *mindfulness*, traduzido como atenção plena, é a habilidade de estar presente momento a momento e mostrar consciência, aceitação e atenção do que acontece em cada momento.

O primeiro atributo do *mindfulness* é a consciência (*awareness*), isto é, a capacidade de se tornar profundamente conhecedor de si mesmo e de observar o fluxo constante de pensamentos, emoções e sensações corporais, que se traduz na capacidade de refletir e responder de forma saudável às experiências à medida que elas surgem. A aceitação, segundo atributo, é ser capaz de aceitar o que surge na consciência sem julgar, resistir ou evitar. Assim, desenvolve-se a capacidade de testemunhar a experiência, aceitar os momentos à medida que surgem e responder em vez de reagir, o que promove uma abordagem mais compassiva para com o mesmo e para com os outros. Quando há aceitação do que está a acontecer há a capacidade de oferecer uma presença mais equilibrada, que advém do respeito saudável pelas emoções de si mesmo e dos outros. Por fim, o terceiro atributo é a atenção, que se traduz na capacidade de focar na experiência momento a momento, é a mudança da mente no seu habitual funcionamento automático e inconsciente, nas suas preocupações e ruminações de experiências passadas (White, 2014).

O *mindfulness* é frequentemente classificado como um processo transformador e de afirmação de vida, que permite o acesso imediato aos poderosos recursos internos para a percepção, transformação e cura. No *mindfulness*, ao cultivar a capacidade de compreender os pensamentos, sentimentos e sensações corporais, cria-se um espaço psicológico entre a percepção (de um estímulo stressor) e a resposta (pensamentos, palavras e

ações), que permite a mobilização de recursos internos para responder ao estímulo sem reagir impulsivamente com emoções negativas, ou seja, o *mindfulness* ajuda a pessoa a mobilizar os recursos internos para enfrentar os problemas abertamente, para estar consciente e orientar-se de forma a superar a pressão e impulsionar-se através dela (Kim-Lan *et al.*, 2014).

John Kabat-Zinn desenvolveu um programa de redução de *stress* baseado no *mindfulness*, MBSR, que tem por base educacional o foco no treino e prática contemplativa do *mindfulness*. O programa de MBSR foi concebido para ensinar os praticantes/participantes a tornarem-se mais conscientes e a relacionarem-se de forma diferente com os pensamentos, sentimentos e sensações corporais. Assim, o MBSR ajuda a cultivar a observação sem julgamento, mas sim com o discernimento de todos os estímulos que entram no campo da consciência, momento a momento, resultando na otimização da consciência do “aqui e agora” (Shapiro *et al.*, 2005). O programa criado por Kabat-Zinn requer investimento e disponibilidade do praticante para sessões de grupo semanais de 2h30, meditações diárias de 45 minutos durante oito semanas, com um dia de retiro de pelo menos 6h. Contudo, várias são as versões aplicadas na prática com base no programa original com resultados animadores na redução do *stress*.

Num estudo realizado por LaTorre *et al.* (2022), que engloba revisões sistemáticas e narrativas, é possível verificar que o recurso a programas de MBSR têm um impacto positivo no bem-estar psicológico e saúde mental dos enfermeiros, nomeadamente na diminuição da ansiedade e *stress* e melhoria da atenção, foco e autogestão em ambientes de trabalho stressantes. Também Wexler & Schellinger (2023) demonstraram a eficácia dos programas de MBSR de oito semanas na redução do *stress* e melhoria do conhecimento e capacidade na utilização de estratégias de redução de *stress* baseadas no *mindfulness*.

No que concerne a ambientes de trabalho hostis, o serviço de urgência é marcadamente um local em que os enfermeiros estão expostos a uma carga física e emocional acrescida. Argyriadis *et al.* (2023) realizaram um estudo com enfermeiros do serviço de urgência, em que durante dez dias praticaram meditação *mindfulness* e foram registados os parâmetros vitais (pressão arterial, pulso e qualidade do sono), além de dados recolhidos através da observação e de entrevistas. Este estudo demonstrou que os enfermeiros participantes do grupo intervenção apresentaram uma melhoria das suas funções cognitivas

(atenção, pensamento, memória, concentração), das relações interpessoais, da satisfação pessoal e da qualidade de sono, bem como diminuição das emoções e comportamentos negativos.

A meditação *mindfulness* revela-se promotora da minimização do *stress* e *burnout* entre enfermeiros. No entanto, estes profissionais, pela elevada carga horária apresentam pouca disponibilidade para cumprir programas de MBSR longos. Em contrapartida, estudos demonstraram que a meditação durante 5 a 10 minutos por dia, durante quatro a oito semanas, diminuem a exaustão emocional e promovem o bem-estar e a autoestima (Green & Kinchen, 2021).

De facto, a literatura apresentada ressalva os benefícios da prática de *mindfulness* na redução do *stress*, que, imperativamente, acarreta resultados no bem-estar e saúde dos enfermeiros. Desta forma, a melhoria destes parâmetros diminui o surgimento de *burnout* e, conseqüente, absentismo. Como tal, são várias as iniciativas e sinergias criadas pelos sistemas de saúde internacionais e empresas privadas, nomeadamente a parceria do NHS Trust Foundation com a Psynergy Mental Health em que fornecem uma plataforma informática com um programa de *mindfulness* gratuito com acesso a ferramenta que guiam o utilizador durante o processo. Em Portugal, o recurso ao *mindfulness* como promotor da saúde mental é impulsionado, na sua maioria, por projetos de enfermeiros especialistas e psicólogos, nos diferentes hospitais, sendo ainda elevado o ceticismo relativamente à sua prática, apesar da evidência científica demonstrar os seus benefícios.

3.1 Proposta de integração do *Mindfulness* na rotina dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar

Com base nos factos apresentados ao longo do trabalho relativamente à integração do *mindfulness* no dia-a-dia e os seus benefícios na redução do *stress* são apresentadas duas propostas de exercícios. Estes exercícios foram selecionados tendo em conta a duração da sua prática, uma vez que a emergência extra-hospitalar não tem pausas e a qualquer momento os meios podem ser acionados, a facilidade na sua execução e o material necessário para a mesma. Assim, propõe-se a realização de *mindfulness meditation* e *mindfulness stretching*.

A meditação é definida como um compromisso na contemplação ou reflexão que visa a busca de sabedoria a partir da expansão da consciência. Uma vez que envolve a participação ativa no momento presente e a análise da natureza da realidade é, muitas vezes, referida como meditação *mindfulness* (Green & Kinchen, 2021). A classificação de situações/experiências como boas e más, a ruminação sobre o passado e os pensamentos sobre o futuro são fontes geradoras de *stress* que a prática de *mindfulness* visa eliminar.

A meditação *mindfulness* pode melhorar a autoconsciência e o bem-estar, dado que demonstrou ter efeitos positivos no *stress* dos enfermeiros, assim qualifica-se como uma estratégia no cuidado holístico que fornece ferramentas para os enfermeiros lidarem com ambientes de prática hostis, bem como com outras situações da sua vida mais complexas.

Alongar é uma atividade segura que otimiza a flexibilidade, a coordenação neuromuscular, o equilíbrio e a consciência corporal. Além de prevenir lesões, movimentar de forma consciente as articulações em toda a sua amplitude de movimento reduz a tensão muscular e alivia queixas algicas. Os benefícios do alongamento estendem-se à mente, quando este é realizado de forma lenta e focada, com o controlo da respiração, isto é, quando é realizado o alongamento *mindfulness* verifica-se o seu contributo na redução do *stress*.

No sentido de promover a redução do *stress* nos enfermeiros da emergência extra-hospitalar é proposta a integração da meditação *mindfulness* como prática diária, com duração mínima de 3 minutos, que pode ser guiada por vídeo ou áudio como a apresentada na Figura 1. Também é proposta a integração do alongamento *mindfulness* no início de cada turno, onde na Figura 2 são apresentados exemplos de exercícios a realizar.

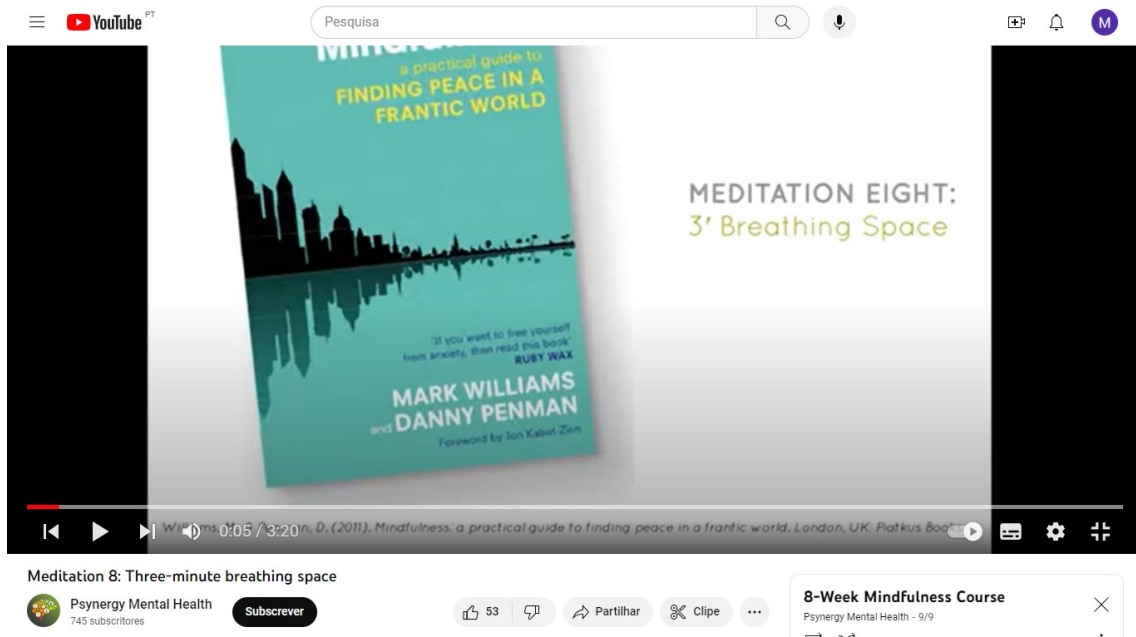


Figura 1. Vídeo de meditação *mindfulness* de 3 minutos (Fonte: Youtube).



HORA DE ALONGAR!

INDICAÇÕES: Realizar todos os movimentos de forma lenta e focada no movimento. Permanecer cerca de 3 segundos em cada posição de alongamento. Manter uma respiração profunda e lenta.

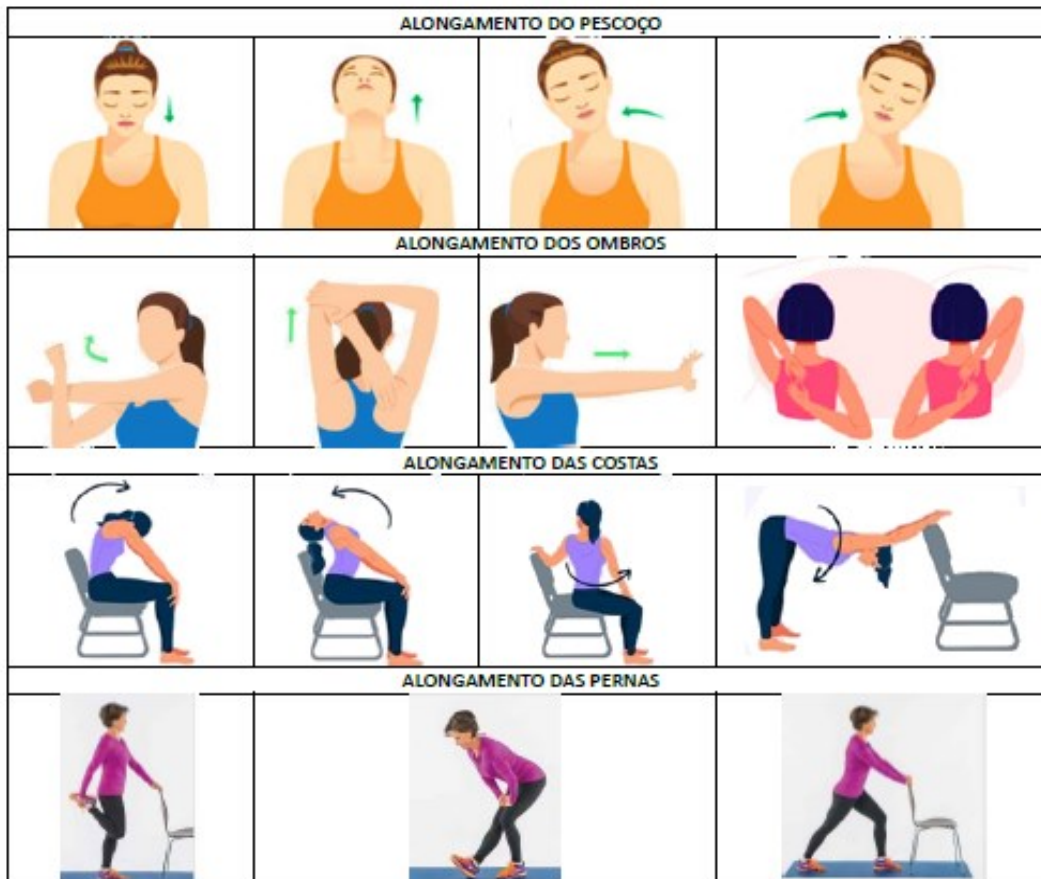


Figura 2: Poster com exercícios de alongamentos.

4. Conclusão

O recurso ao *mindfulness* como estratégia para reduzir o *stress* verifica-se eficaz na diminuição do mesmo e na promoção do bem-estar físico e psicológico dos enfermeiros. Desta forma, com enfermeiros mais saudáveis, mais motivados e mais aptos para desempenhar as suas funções é possível afirmar a repercussão positiva na prestação de cuidados e nos seus resultados.

Dada a carga física e emocional inerente à enfermagem na emergência extra-hospitalar, é necessário promover intervenções que elevem a saúde destes profissionais, nomeadamente na aquisição da capacidade de autogestão do *stress*. Assim, a realização deste trabalho visa a sensibilização e promoção do uso de estratégias que permitam a catarse de um ambiente de trabalho hostil, com elevada pressão na tomada de decisão, na execução de procedimentos de *life-saving* e na gestão das emoções das vítimas e famílias.

Além disso, a concretização do presente trabalho permitiu o desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pelo reconhecimento que a capacidade de autoconhecimento e a gestão de sentimentos e emoções desempenham um papel influenciador da prestação de cuidados e atuação na equipa multidisciplinar. Também permitiu o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, pela identificação de oportunidades de melhoria e implementação de estratégias de melhoria, que se refletem na segurança e qualidade dos cuidados, uma vez que se trata de uma estratégia cujo intuito é fomentar e promover a saúde dos enfermeiros. Assim, a realização deste trabalho promoveu a visão crítica das necessidades da prática inerente ao enfermeiro especialista e incitou a consciencialização do papel do enfermeiro especialista como agente da mudança e promotor da melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados, através da potencialização dos pares e da equipa multidisciplinar.

Contudo, uma das maiores limitações na realização deste trabalho foi a falta de evidência científica relativamente à utilização do *mindfulness* no contexto extra-hospitalar na realidade portuguesa.

5. Referência Bibliográficas

- Almeida, M., Lobão, C., Coelho, A. & Parola, V. (2023). Emotional Management Strategies in Prehospital Nurses: A Scoping Review. *Nursing Reports* 13, pp: 1524–1538. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040128>
- Argyriadis, A., Ioannidou, L., Dimitrakopoulos, I., Gourni, M., Ntimeri, G., Vlachou, C. & Argyriadi, A. (2023). Experimental Mindfulness Intervention in an Emergency Department for Stress Management and Development of Positive Working Environment. *Healthcare* 11, 879. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060879>
- Bardhan, R. & Byrd, T. (2023). Psychosocial Work Stress and Occupational Stressors in Emergency Medical Services. *Healthcare*, 11 (976). doi: 10.3390/healthcare11070976
- Green, A. A. & Kinchen, E. V. (2021). The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 39 (4), pp:356-368. doi: 10.1177/08980101211015818.
- Kim-Lan, H., Subramanian, P., Rahmat, N. & Phang, C. (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31 (3), pp:22-31. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol31/Issue3/3Pathma.pdf>
- La Torre, G., Leggieri, P.F., Cocchiara, R.A., Dorelli, B., Mannocci, A., Sernia, S. & Guerra, F. (2022). Mindfulness as a tool for reducing stress in healthcare professionals: An umbrella review. *Work*, 73 (3), pp:819-829. doi: 10.3233/WOR-210504
- Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S. & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management* 12 (2), pp:164-176. DOI: 10.1037/1072-5245.12.2.164
- Wexler, T. M. & Schellinger, J. (2023). Mindfulness-Based Stress Reduction for Nurses: An Integrative Review. *Journal of Holistic Nursing*, 41 (1), pp:40-59. doi: 10.1177/08980101221079472
- White, L. (2014). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (2), pp:282-294. doi: 10.1111/jan.12182

APÊNDICE IV – Apresentação *powerpoint* “Mindfulness: uma estratégia para reduzir o stress dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar”


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)
 UC: Estágio Final e Relatório



MINDFULNESS


uma estratégia para reduzir o *stress* dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar


Estudante: Márcia Daniela Ribeiro Pêra
 Sob orientação de: Profª Doutora Amélia Ferreira
 Sob tutela: ██████████

1

SUMÁRIO

- Introdução
- Enquadramento da temática
- Mindfulness: conceito e programa MBSR
- Da teoria à prática: proposta de implementação
- Exercício de *mindfulness stretching*
- Conclusão




CATOLICA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.
 ESCOLA DE ENFERMAGEM

Mindfulness: uma estratégia para reduzir o stress dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar 12/12/2023 2

2

INTRODUÇÃO



Contribuir para a promoção da saúde dos profissionais da emergência extra-hospitalar, de forma a incrementar a segurança e qualidade dos cuidados.



Enfermagem em emergência extra-hospitalar requer diversos conhecimentos, habilidades e competências, pois são a primeira ajuda em situações ameaçadoras das funções vitais.



Os enfermeiros da emergência extra-hospitalar enfrentam situações psicologicamente desgastantes e experiências traumáticas, que desencadeiam emoções fortes e reações de stress.

3

ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

Os Enfermeiros são
um grupo de risco



Alta probabilidade
de sofrer dano físico
e psicológico devido
ao *stress*
ocupacional



Incremento do
burnout, absentismo
e da rotatividade de
empregos

Wexler & Schellinger (2023)

Na emergência extra-hospitalar o **enfermeiro** não só é responsável pela **triagem, estabilização e transporte das vítimas**, como também pelo **apoio emocional da vítima, familiares e equipa** que operacionaliza o socorro, o que caracteriza um ambiente de trabalho de alta pressão e emocionalmente pesado.

(Almeida et al., 2023)

4

ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

Ao enfermeiro é, ainda, patenteada a **tomada de decisão** nas várias emergências, sendo necessário **operar de forma profissional, alerta e flexível em situações de ameaça de vida**, e lidar com as constantes distrações e interrupções.

(Argyriadis et al., 2023; Bardhan & Byrd, 2023).



5

ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

Fonte: ominho.pt



Sensação de gratificação na prestação de cuidados



Ansiedade
Angústia
Exaustão física e emocional
Impotência
Frustração



(Almeida et al., 2023)

6

MINDFULNESS: PROGRAMA MBSR

John Kabat-Zinn desenvolveu um programa de redução de stress baseado no *mindfulness* – MBSR (1979):

- Cultiva a **observação sem julgamento**, mas com o discernimento de todos os estímulos que entram no campo da consciência, momento a momento, resultando na **otimização da consciência** do “aqui e agora”;
- Contempla sessões de grupo semanais de 2h30, meditações diárias de 45 minutos durante 8 semanas, com um dia de retiro de pelo menos 6h.



(Shapiro *et al.*, 2005)

9

MINDFULNESS: PROGRAMA MBSR



LaTorre *et al.* (2022): o recurso a programas de MBSR têm um **impacto positivo no bem-estar psicológico e saúde mental dos enfermeiros**, nomeadamente na **diminuição da ansiedade e stress** e melhoria da atenção, foco e autogestão em ambientes de trabalho stressantes

Wexler & Schellinger (2023): eficácia na **redução do stress** e melhoria do conhecimento e capacidade na utilização de estratégias de redução de stress baseadas no *mindfulness*.

Critical Reviews

Mindfulness-Based Stress Reduction for Nurses: An Integrative Review

Teresa M. Wexler, EdD/ET, DNP, MSN-ED, RN, CHSE
Jana Schellinger, MEd, AHIP
Emory & Henry College, USA



10

MINDFULNESS: PROGRAMA MBSR

Argyriadis *et al.* (2023): **melhoria das suas funções cognitivas (atenção, pensamento, memória, concentração)**, das relações interpessoais, da satisfação pessoal e da qualidade de sono, bem como diminuição das emoções e comportamentos negativos.

healthcare

MDPI

Article
Experimental Mindfulness Intervention in an Emergency Department for Stress Management and Development of Positive Working Environment

Alexandros Argiriadis ^{1,*}, Sandra Evangelou ², Evastia Christodopoulou ³, Marika Ganiou ⁴, Evangelia Ntousi ⁵, Christa Vasilou ⁶ and Aphrodite Argiriadi ⁷

¹ School of Health Sciences, Federal University, Marousi, Greece
² School of Health Sciences and Biotechnology, Federal University, Marousi, Greece
³ National Ministry of Health, Administration of Public Health, Greece
⁴ Correspondence: alexargiriadis@uoi.gr (A.A.); alexandros@uoi.gr

Critical Review

The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses

Alyssa A. Green, BSN, RN
Elisabeth V. Kinchen, PhD, RN, AHN-BC
University of Central Florida College of Nursing



Green & Kinchen (2021): a **meditação mindfulness reduz o stress e burnout** entre enfermeiros. Estudos demonstraram que a meditação durante **5 a 10 minutos por dia**, durante quatro a oito semanas, diminuem a exaustão emocional e promovem o bem-estar e a autoestima.

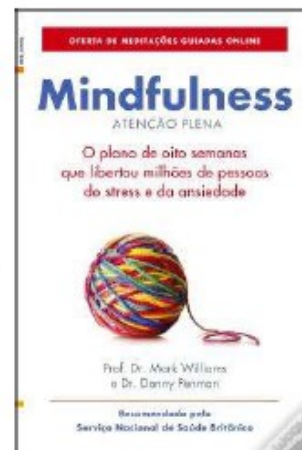
11

DA TEORIA À PRÁTICA



<https://mindfulness.psynergymentalhealth.com/>

<https://youtube.com/playlist?list=PLrrZ559ucvcQoUJam4YNUSwMe5aby2aif&si=G99rMy6U3uK5WGw5>



12

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO

A meditação é definida como um **compromisso na contemplação ou reflexão** que visa a busca de sabedoria a partir da expansão da consciência.

Uma vez que envolve a participação ativa no momento presente e a análise da natureza da realidade é, muitas vezes, referida como meditação *mindfulness* (Green & Kinchen, 2021).



15

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO

Os benefícios do alongamento estendem-se à mente, quando este é realizado **de forma lenta e focada**, com o **controlo da respiração**, isto é, quando é realizado o alongamento *mindfulness* verifica-se o seu **contributo na redução do stress**.



HORA DE ALONGAR!

INDICAÇÃO: Realize todos os movimentos de forma lenta e focada no momento. Permaneça cerca de 2 segundos em cada posição de alongamento. Respire profundamente.



16

MINDFULNESS STRETCHING



17

CONCLUSÃO

O *mindfulness* apresenta-se como uma estratégia eficaz na redução do *stress* e na promoção do bem-estar físico e psicológico dos enfermeiros. Desta forma, enfermeiros mais saudáveis, mais motivados e mais aptos para desempenhar as suas funções traduz-se em **cuidados de enfermagem de qualidade e mais seguros**.

A realização deste trabalho visou a sensibilização e promoção do uso de estratégias que permitam a catarse de um ambiente de trabalho hostil, com elevada pressão na tomada de decisão, na execução de procedimentos de *life-saving* e na gestão das emoções das vítimas e famílias.

Contudo, uma das maiores limitações na realização deste trabalho foi a **falta de evidência científica relativamente à utilização do *mindfulness* no contexto extra-hospitalar na realidade portuguesa**.

18

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M., Lobão, C., Coelho, A. & Parola, V. (2023). Emotional Management Strategies in Prehospital Nurses: A Scoping Review. *Nursing Reports* 13, pp: 1524–1538. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040128>
- Argyriadis, A., Ioannidou, L., Dimitrakopoulos, I., Gourni, M., Nimeri, G., Vlachou, C. & Argyriadi, A. (2023). Experimental Mindfulness Intervention in an Emergency Department for Stress Management and Development of Positive Working Environment. *Healthcare* 11, 879. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060879>
- Green, A. A. & Kinchen, E. V. (2021). The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 39 (4), pp:356-368. doi: 10.1177/08980101211015818.
- la Torre, G., Leggieri, P.F., Cocchiam, R.A., Dorelli, B., Mannocci, A., Sernia, S. & Guerra, F. (2022). Mindfulness as a tool for reducing stress in healthcare professionals: An umbrella review. *Work*, 73 (3), pp:819-829. doi: 10.3233/WOR-210504
- Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S. & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management* 12 (2), pp:164-176. DOI: 10.1037/1072-5245.12.2.164
- Wexler, T. M. & Schellinger, J. (2023). Mindfulness-Based Stress Reduction for Nurses: An Integrative Review. *Journal of Holistic Nursing*, 41 (1), pp:40-59. doi: 10.1177/08980101221079472
- White, L. (2014). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (2), pp:282-294. doi: 10.1111/jan.12182

19



Mindfulness: uma estratégia para reduzir o stress dos enfermeiros da emergência extra-hospitalar

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LIBRO 1980

Estudante: Márcia Danida Ribeiro Pêra
Sob orientação de: Profª Doutora Amélia Ferreira
Sob tutoria:

20

